1 87-28
242-7

ISSN 0136-1848

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХИАТРИИ

ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА И АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
(республиканский)

Москва — 1986

УДК 616.89—008.441.13—613.956

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ИЗУЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВОГО АЛКОГОЛИЗМА

Г. Н. СОЦЕВИЧ
(Москва)

Одним из основных направлений советского здравоохранения является профилактика любого заболевания. Применительно к раннему алкоголизму это особенно важно и актуально. Эффективность и наступательность профилактических мер невозможна без четкого представления, что предшествует болезни, а поэтому выявление и изучение этапов начинающейся алкоголизации, факторов, влияющих на постепенный переход из предвестников в основные синдромы раннего алкоголизма,— задача сложная и может быть разрешена при комплексном, мультидисциплинарном подходе к ней с участием многих служб и ведомств: социологических, юридических, общественных и педагогических.

Для изучения особенностей динамики алкоголизации, предшествующей развитию клинических проявлений алкоголизма и непосредственно самого алкоголизма, проводились исследования в амбулаторных условиях (подростковые наркологические кабинеты, профилактические осмотры в общеобразовательных школах и ПТУ, комиссии по делам несовершеннолетних, консультативный прием в МНИИП) и в стационарах (наркологический стационар при шинном заводе, в наркологической больнице № 17, в отделении наркологии МНИИП). Обследование больных проводилось совместно с сотрудниками НИИ физиологии детей и подростков АПН СССР, НИИ фармакологии АМН СССР.

В обследование и дальнейшую разработку включались подростки с 14—15½ лет и лица молодого возраста до 26 лет с различными формами употребления и злоупотребления алкоголем (всего 517 человек, из них 442 подростка и 75 лиц молодого возраста). Контрольная группа состояла из 70 человек (40 подростков и 30 лиц молодого возраста), не злоупотребляющих алкоголем. Из анализа результатов были исключены лица с диагностированными психическими заболеваниями.

Была разработана статистическая карта, состоящая из 71 пункта, предназначенная для дальнейшей математической обработки. Карта включала в себя подробный набор данных социо-психологических, психофизиологических и других показателей на различных возрастных этапах, включая развитие и пубертатный период, первое употребление алкоголя, формы злоупотребления и темп становления алкоголизма. Аналогичная карта была составлена для изучения катамнезов.

С помощью карты изучено 157 больных подросткового возраста, находившихся на стационарном лечении и обследовании в клинике. В результате проведенной обработки карт получены усредненные показатели основных факторов, влияющих на формирование алкоголизма у подростков, а также данные, свидетельствующие о существенных различиях как в злоупотреблении алкоголем, так и в клинической картине алкоголизма, в сравнении со взрослыми.

Изучены социально-психологические аспекты ранней алкоголизации, прослежена динамика приобщения к употреблению и злоупотреблению алкоголем с выделением этапов и факторов, влияющих на ускорение формирования основных клинических проявлений алкоголизма как патологического процесса. Выявлено два этапа алкоголизации: имитационное пьянство у 12% — что соответствует эпизодическому, продолжительностью 1—2 года (1—5 раз в год — 1—2 раза в месяц). Оно относится к более раннему возрастному периоду (12—14 лет) и наблюдалось у подростков с социальной и педагогической запущенностью (85%). Ранние проявления девиантного поведения (7—14 лет) предшествовали или совпадали с первичными эпизодами алкоголизации (93% в 7—14 лет). Начало пубертатного криза, его биологические особенности несколько отличались от средних показателей общей популяции более яркими личностными реакциями (стремление к отрицательным группировкам — 45%, эмансипации —

43%, негативизм — 38%). Преобладающими мотивами начала алкоголизации были подражание сверстникам и взрослым, стремление к группированию и антидисциплинарным вариантам девиантного поведения (73%). Этому периоду соответствовал и эпизодический прием различных наркотических и токсических средств — «период проб». На нашем материале эпизодическая полифармакофагия наблюдалась в 11%. Данные психофизиологических и психологических исследований показали, что на этом этапе отсутствует целенаправленное влечение к алкоголю, отмечено индифферентное отношение к нему, но отмечается выраженность имитационных форм поведения. Токсикологическая характеристика и форма потребления: начальные дозы в среднем — от 0,2—0,5 л крепленого вина при одномоментном употреблении, через 1—2 года — от 0,5 до 0,75 литра. Однако дозы могли варьировать от доз, вызывающих легкую эйфорию, до количества спиртного, приводящего к токсическим состояниям, и зависели от имеющегося общего количества алкоголя в группе пьющих подростков.

Второй этап — становления алкоголизации, т. е. систематическое злоупотребление алкоголем отмечено в 23% (от 1—2 раз в месяц до 1 раза в неделю), продолжительность — от 6 месяцев до 1 года. Этот этап относится к 15—16 годам и характеризуется не столько частотно-количественными показателями, сколько формирующейся системой направленности мотивов приема, стереотипом поведения, в котором основное место отводится алкоголизации в определенной алкогольной группе пьющих подростков, старших по возрасту или взрослых. Отмечено резкое изменение мотивов с расширением их дифференциации: так, стремление к группированию — лишь в 21%, но желание повысить настроение — в 25%, самоутверждение — в 19%, снятие напряжения — в 16% и т. д. Ведущим мотивом явилось стремление к эйфории и общению, его возникновение в основном носило ситуационный характер, что может быть расценено как прототип патологического влечения к алкоголю, развивающегося при переходе на злоупотребление. В этом периоде отмечалось резкое повышение толерантности (от 3 до 4 раз). Несмотря на высокие дозы алкоголя, амнестические формы опьянения отмечены только в 25%, а постинтоксикационные явления выражались в основном в астенических и вегетативных расстройствах. Отсутствовало отвращение к спиртным напиткам, рвота отмечалась в 13% случаев, отсутствие аппетита — в 8%.

На этом этапе отмечено изменение характера опьянения от эйфорического (87%) до эксплозивного (79%). Изменения характера опьянения, с нашей точки зрения, связаны с заострением на фоне алкоголизации акцентуированных черт характера и социальной девиации личности, о чем свидетельствует утяжеление форм девиантного поведения с частыми криминальными эксцессами.

В качестве наиболее общего показателя состояния мозга была избрана электроэнцефалограмма, которая обрабатывалась автоматически. В этой серии исследований пьющие подростки были разделены на две группы в зависимости от характера употребления алкоголя — эпизодического или систематического (всего 36 человек, 15—17 лет, находившихся на лечении в 17 НБ и стационаре МНИИП). В качестве контроля служила группа непьющих подростков (32 человека, учащиеся 9—10 классов общеобразовательных школ). При сопоставлении контрольной группы с группой испытуемых, систематически пьющих, у последних выявилось нарастание тета-активности в затылочной области, свидетельствующее о патологических изменениях мозга, пропорциональных тяжести пьянства. Соответственно происходило уменьшение выраженности альфа-активности, доминирующего ритма затылочной области.

Результаты психологического исследования показали, что по мере нарастания влечения к алкоголю и утяжеления пьянства происходило уменьшение объема памяти как кратковременной, так и долговременной. Вместе с этим утяжеление алкоголизации приводило к резкому нарастанию такого показателя, как «воспроизведение лишних слов», свидетельствующего о расторможенности ассоциаций, неустойчивом внимании, неорганизованном мышлении больных.

После проведения в условиях стационара психокоррекционных мероприятий у подростков с эпизодическим употреблением алкоголя улучшались почти все показатели мнестической деятельности. У подростков с систематическим злоупотреблением с высокой толерантностью и со сформированной физической зависимостью неизмененными остались только показатели нарушенной кратковременной памяти. Это, а также динамики показателей ЭЭГ, свидетельствует о том, что мозговая патология у подростков, злоупотребляющих алкоголем, носит обратимый, функциональный характер.

Группа больных, злоупотребляющая алкоголем чаще 1 раза в неделю в возрасте 16—18 лет, состояла из 33 человек

и относилась к группе «риска». Алкоголизация сопровождалась патологическим влечением к алкоголю с периодической невозможностью подавления его, высокой толерантностью (до 1,5—1,8 *л* вина), перемежающимся характером пьянства, началом формирования ААС. При обследовании с помощью ряда психофизиологических методик в условиях предъявления алкогольнозначимых раздражителей, среди которых наиболее информативными оказались слова, а среди методик — кожногальваническая реакция, у злоупотребляющих алкоголем подростков реакции на алкогольнозначимые слова были существенно больше ($p<0,02$) индифферентных. Это превышение встречалось существенно чаще ($p<0,03$), чем у незлоупотребляющих. Сопоставление выраженности реакций с выраженностью влечения к алкоголю показывает, что между явлениями существует связь, хотя и опосредованная рядом привходящих условий.

Формирование синдрома похмелья происходило в основном в 15—17 лет. Его особенностью являлась небольшая продолжительность (редко более 1,5 суток) и слабая выраженность проявлений (в основном астено-вегетативные и соматические расстройства). Это обстоятельство свидетельствует о необходимости более четкого разделения собственно алкогольного абстинентного синдрома и как бы подменяющих его постинтоксикационных расстройств. Значительную сложность при этом создает распространенное среди подростков так называемое ложное опохмеление, к которому они прибегают часто в подражание взрослым.

К факторам, способствующим приобщению подростков к алкоголю, относится неблагоприятная микросоциальная среда и педагогическая запущенность, включающая в себя как дефекты семейного воспитания, так и слабое воспитательное влияние школы. По нашим данным, 85% всех обследованных подростков еще до начала учебы росли в неблагоприятных условиях. Деструкция семьи наблюдалась в 55% — развод родителей до 7 лет, смерть отца — в 23%, смерть матери — в 11%, заключение матери или лишение ее родительских прав — в 11%. В остальных случаях при наличии родителей отмечалась конфликтная ситуация в семье и воспитание осуществлялось бабушкой. Ранняя дезадаптация отмечалась в 50% случаев, в 37% успеваемость снизилась в 4—5 классах, 80% подростков к концу третьего класса не считали школьный коллектив своим.

По данным обследования ПДО, большинство подростков

характеризовались наличием неустойчивых, гипертимных, истероидных и эпилептоидных черт характера в рамках слабой (41%) или выраженной (59%) акцентуации.

Среди ряда факторов, влияющих на возникновение и течение раннего алкоголизма, выявлена значительная роль наследственной отягощенности алкоголизмом в первом и втором поколениях (71% случаев). При анализе этих данных учитывалось злоупотребление алкоголем родителей обследованных подростков, непосредственно предшествовавшее рождению или возникшее вскоре после него и продолжавшееся в период развития обследуемых.

При сопоставлении наследственного фактора по критериям этапов злоупотребления алкоголем было установлено, что наиболее ранний возраст первого употребления (7—8 лет) и эпизодического злоупотребления алкоголем (10 лет) отмечался у подростков, в семьях которых алкоголизмом страдали мать, оба родителя или приемные родители. У группы подростков с указанной выше наследственной отягощенностью формирование алкоголизма происходило чаще и быстрее.

У 81% из них с раннего детства диагностировались хронические соматические заболевания: болезни органов дыхания (29%), черепномозговые травмы без выраженных последствий (17%), инфекционный гепатит (7%), хронические инфекции (7%) и др.

В процессе клинического и параклинического обследования неврологическая рассеянная симптоматика (повышение сухожильных рефлексов, нистагмоид при краевых отведениях глаз, легкий тремор пальцев рук, век, неустойчивость в позе Ромберга) была отмечена при поступлении в 76%, вегетативные нарушения (акроцианоз, усиленная потливость, мраморность и т. д.) — в 20,9%. В соматическом состоянии при поступлении отмечались преходящие расстройства: приглушенность тонов сердца, лабильность пульса, на ЭКГ — нарушение проводимости, дыхательная аритмия — в 32,8%. Повторные исследования ЦНС и соматической сферы после проведенных общеукрепляющих мероприятий через 10—30 дней показали полную обратимость указанных расстройств.

Исходя из приведенных данных, организация наркологической помощи подросткам и профилактика пьянства и алкоголизма подростковых контингентов должны включать ряд необходимых разделов и этапов. Центр тяжести первичной профилактической и воспитательной противоалкогольной работы необходимо перенести в школу, обратив особое внима-

ние на учащихся 3—5 классов, где происходит первичное знакомство подростков с алкоголем. В ПТУ, старших классах школы, в средних учебных заведениях, в производственных коллективах должно быть организовано активное выявление и при необходимости привлечение к лечению подростков, злоупотребляющих алкоголем. Наркологическая служба может осуществлять эти мероприятия прежде всего в комплексе с инспекцией милиции по делам несовершеннолетних, с администрацией и преподавательским составом учебных заведений, общеобразовательными организациями предприятий, комсомольскими организациями, комиссиями по делам несовершеннолетних исполкомов местных Советов народных депутатов.

Помимо мер психотерапевтического и психологического воздействия на злоупотребляющих алкоголем подростков, необходима санация семей, т. е. привлечению к противоалкогольному лечению злоупотребляющих алкоголем родителей и других членов семей. При лечении подростков предпочтительнее амбулаторное лечение, однако, как показывает опыт работы подростковых наркологических кабинетов, на амбулаторном лечении удерживаются не более 10% подростков. Преимущество стационарного лечения заключается в том, что подросток на время лечения изолируется от референтной группы, вовлекающей его в пьянство.

Проведение диспансеризации всего населения позволяет значительно эффективнее выявлять злоупотребляющих алкоголем подростков в лечебных учреждениях общемедицинской сети. При подготовке и проведении диспансеризации наркологической службе ставится задача инструктажа подростковых врачей общемедицинской сети, проводящих диспансеризацию школьников, учащихся ПТУ и средних специальных учебных заведений, по основным принципам диагностики пьянства и алкоголизма у подростков с тем, чтобы, с одной стороны, врачи не оставляли невыясненными признаки пьянства и алкоголизма, с другой — не направляли к врачу-наркологу подростков, замеченных даже в единичных случаях алкоголизации, без признаков привыкания к алкоголю.

Основным звеном наркологической помощи подросткам является подростковый наркологический кабинет наркологического диспансера или диспансерного наркологического отделения. Важной задачей является укомплектование наркологических кабинетов квалифицированными врачами, имеющими подготовку по подростковой психиатрии и по наркологии. Кроме врача-нарколога, в подростковом кабинете должен работать психолог (или, при отсутствии психолога, педагог) и два средних медработника — медсестра кабинета и медсестра (фельдшер) соцпомощи. В таком составе кабинет сможет проводить необходимые лечебно-профилактические мероприятия в регионе обслуживания и руководить работой амбулаторных наркологических подразделений административной территории. Подростковый наркологический кабинет является организационно-методическим центром этой работы.

Организация стационарной наркологической помощи подросткам представляет еще одну трудную задачу, требующую решения. Здесь возможен ряд вариантов. Во-первых, это создание специализированных подростковых наркологических стационаров со штатами педагогов, необходимым числом персонала, соответствующим лечебным, трудовым режимом и занятиями. В эти отделения должны стационироваться преимущественно подростки-миксты т. е. больные осложненными формами алкоголизма, сочетания с выраженными психопатологическими расстройствами. Во-вторых, необходимо рассмотреть вопрос о создании специальных школ и ПТУ для подростков, злоупотребляющих алкоголем и совершивших правонарушения. Направление в эти учреждения осуществляется комиссией по делам несовершеннолетних при исполкомах Советов народных депутатов. В этих спецшколах и спецПТУ необходимо организовать противоалкогольное лечение, для чего укомплектовать их врачами-наркологами и средним медперсоналом. В-третьих, наиболее простая и доступная форма, — это лечение подростков, как юношей, так и девушек, в соответствующих наркологических отделениях для взрослых больных, как показал опыт работы в отделении наркологии МНИИП, и в наркологических стационарах при промпредприятиях. Организация лечения подростков в наркологических стационарах для взрослых предусматривает создание в этих отделениях определенного режима (подбор больных, выделение из их числа положительного взрослого лидера, создание доступных для подростков трудовых процессов и проведение учебных и культурно-воспитательных мероприятий).

Таким образом, необходимо создание многоступенчатой и межведомственной системы наркологической помощи подросткам, что явится и активной мерой первичной профилактики алкоголизма.

висимости от клинических особенностей ремиссии и социального статуса больного.

По специальным графикам подсчитывались (в месяцах) общая длительность злоупотребления алкоголем, общая длительность воздержания от алкоголя за пять лет, предшествовавших лечению. Эти данные сравнивались с аналогичными за пять лет после первичного обращения и лечения. Среди 105 человек с длительностью катамнестического наблюдения более пяти лет 69 проживало в сельском районе, а 36 — в городе. До лечения сельские жители злоупотребляли алкоголем в течение 5 лет в среднем по 29,7 месяца, городские — по 29,2 месяца; общая длительность воздержания у сельских жителей в среднем составила 30,3 месяца, у городских — 30,8 месяцев.

После лечения в течение 5 лет общая длительность воздержания (не считая времени стационарного лечения) составляла в среднем у сельских жителей 52,62 месяца, у городских — 52,61 месяца. Кроме того, неблагоприятное течение алкоголизма (злокачественно-прогредиентное, прогредиентное с быстрым течением, прогредиентное с медленным течением) после лечения становилось ремиттирующим или регредиентным.

Можно выделить следующие варианты ремиссий при алкоголизме: астенические, гиперстенические, обсессивные, ипохондрические. Среди ремиссий преобладают астенические и ипохондрические (56,7%), а также гиперстенические (30%). Наиболее стойкими являются ремиссии с гиперстеническими проявлениями (воздержание от алкоголя более 2 лет у 77,7% больных).

Наибольшую сложность представляли пациенты с астенической ремиссией. Разделение ремиссий на указанные варианты имеет не только теоретическое, но и практическое значение, так как каждый из вариантов требует определенной модификации «поддерживающей» терапии. При этом соблюдается индивидуальный дифференцированный подход к больному, учитываются его личностные особенности.

УДК 616.89.008.441.13—577.73

ФАКТОРЫ РИСКА И НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ

В. Ф. МАТВЕЕВ, Л. М. БАРДЕНШТЕЙН, В. А. ХОХЛОВ
(Москва)

С целью изучения начального этапа формирования алкоголизма и факторов, этому способствующих, клинико-психопатологически обследовано 200 подростков (100 девушек и 100 юношей). Все обследованные лечились стационарно по поводу различных проявлений девиантного поведения, сочетавшегося с употреблением спиртных напитков.

В процессе обследования использовались патохарактерологический диагностический опросник для подростков А. Е. Личко (1979), а также разработанный нами медико-психологический опросник по обследованию алкоголизирующихся подростков.

Возраст обследованных подростков колебался от 15 до 17 лет, 28,5% из них достигли возраста 15 лет, 47% — 16 лет, 24,5% — 17 лет. Все городские жители. По роду занятий они распределились следующим образом: учащиеся средних общеобразовательных школ — 12%, учащиеся ПТУ и технических училищ — 38,5%, работали и учились в вечерней школе — 17,5%, работали — 11%, не работали и не учились — 21%.

Давность потребления спиртных напитков колебалась от 8 мес. до 3-х лет: до года — 46%, от 1 года до 2-х лет — 29,5%, от 2-х до 3-х лет — 24,5%.

Среди факторов, предрасполагающих к ранней алкоголизации, ведущими были следующие: а) биологические, б) микросоциальные, в) индивидуально-психологические особенности личности.

К группе биологических факторов отнесены дородовая патология, патология в родах, патология в раннем послеродовом периоде — у 21,5% обследованных. Алкоголизм обоих родителей установлен в 55%, алкоголизм отца — у 35%, алкоголизм матери — у 4%, алкоголизм у других родственников (дяди, тети, двоюродные братья и сестры) — у 37,5%.

Отдельные доклинические симптомы алкоголизма в виде повышенной толерантности и чувства удовольствия от опьянения имелись у 38,5% обследованных.

У обследованных часто отмечались неблагоприятные условия микросоциальной обстановки. У 94% наблюдалась психотравмирующая ситуация в семье (конфликтные интерперсональные отношения между членами семьи и т. п.).

Обратил на себя внимание возраст начала алкоголизации и его значение в формировании заболевания. Так, возраст первого знакомства с алкоголем до 7 лет установлен у 11% обследованных, от 8 до 11 лет — у 25,5%, от 12 до 15 лет — у 48% и от 16 до 17 лет — у 15,5% подростков. У 67,5% обследованных первое знакомство с алкоголем произошло во время праздников, дней рождения, причем у 46% родители не знали об этом. Причиной первого употребления алкоголя у 73% было любопытство. Чаще всего (в 68% случаев) первый раз в жизни употреблялись крепленые вина.

Дозы алкоголя при первом его употреблении следующие: до 100 мл — у 36,5% обследованных, до 150 мл — у 53%, свыше 150 мл — у 10,5%.

Первое «знакомство» с алкоголем у подростков, воспитывающихся в семьях, где не было пьянства, приходится на возраст от 14 до 16 лет; в семьях, где отмечалось злоупотребление алкоголем,— на возраст от 10 до 14 лет. Чем выраженнее алкоголизация родителей, тем раньше происходило «знакомство» подростка с алкоголем. Семейные «алкогольные традиции» способствовали потенцированию реакции имитации поведения старших. Следует подчеркнуть значимость обстановки безнадзорности у 19,5% всех обследованых и гипоопеки — у 62%. Это способствовало сближению несовершеннолетних с уличными алкоголизирующимися компаниями сверстников. Подростку в силу свойственных данному возрасту проявлений конформизма нередко весьма трудно разорвать связи с данной микросоциальной группой, чтобы предотвратить ее пагубное влияние. Несовершеннолетние быстро утрачивали соцально-положительные связи, начинали злоупотреблять спиртными напитками, совершали асоциальные поступки. Так, 141 человек состояли на учете в детской комнате милиции и в комиссии по делам несовершеннолетних. В отношении 28 было возбуждено уголовное дело.

Отчетливо выявлено совпадение начала злоупотребления алкоголем с началом трудовой деятельности и получением самостоятельного заработка.

Не вызывает сомнения, что склад характера является важным фактором развития алкоголизации. Большая часть подростков отнесена к группе психогенно-патологического формирования личности (по В. В. Ковалеву). У 164 подростков обнаруживались признаки формирующейся психопатии. В 36 наблюдениях диагностирована вялотекущая шизофрения с ведущим психопатоподобным синдромом, сочетавшаяся со злоупотреблением алкоголем.

Преобладание проявления конформизма и неустойчивости в структуре личности многих обследованных является характерной для подросткового возраста особенностью, а алкоголизация становится как бы своеобразной «нормой» поведения и времяпрепровождения в компании асоциальных сверстников.

Таким образом, биологические, микросоциальные, индивидуально-психологические факторы лежат в основе большинства случаев злоупотребления алкоголем. В дальнейшем на передний план выступают закономерности формирования болезненных расстройств, обусловленных хронической алкогольной интоксикацией.

Первые 2—3 приема алкоголя сопровождались возникновением состояния интоксикации с тошнотой, рвотой, головокружением, ощущением слабости, вялости, отвращением к алкоголю в ближайшие несколько дней. Однако под влиянием подростковой группы, для поддержания контактов в этом микроколлективе, приемы алкоголя повторялись.

Ближайшие к начальному повторные алкогольные эксцессы имели различную психологическую мотивацию, в определенной степени соответствовавшую преморбидным особенностям характера. Так, подростки, отличавшиеся неустойчивыми и истероидными чертами характера, повторные приемы алкоголя нередко объясняли стремлением подражать взрослым, «казаться старше», «быть, как все...». Ложно понимаемое самолюбие побуждало их следовать дурным примерам отрицательных «лидеров» компаний. Подростки, отличавшиеся чертами аффективной возбудимости, а также подростки с патохарактерологическими особенностями «мозаичного» типа, наряду с аналогичной мотивацией в ряде случаев объясняли первые алкогольные эксцессы желанием устранить напряженность, вызванную семейной психотравмирующей ситуацией. Как правило, 4—6 прием алкоголя сопровождался коротким эйфоризующим действием, с облегчением интерперсональных контактов в группе, расторможением сексуального

влечения. На этом этапе еще нельзя было установить наличие психической зависимости от алкоголя. Однако представляется возможным говорить о формирующейся групповой психологической зависимости от алкоголя, когда его употребление не только облегчает контакты, но и носит «престижный» характер, повышает «авторитет» подростка в группе. Отличительной особенностью этой психологической зависимости является то, что алкоголь употребляется исключительно в группе подростков, его прием носит своеобразный ритуальный характер приобщения к компании, занятия в ней определенного положения.

В течение 1,5—2 лет в результате эпизодических алкогольных эксцессов возникает рост толерантности к алкоголю, достигающий к этому времени двух-трехкратного увеличения по отношению к первоначальному. К концу этого периода формировалась психическая зависимость от алкоголя, базировавшаяся на эйфоризирующем эффекте этанола.

В подгруппе больных вялотекущей шизофренией имелись существенные отличительные особенности алкоголизации. Употребление спиртных напитков начиналось в возрасте 14—15 лет и совпадало с пубертатным периодом. Наблюдалась обратная зависимость между характером прогредиентности эндогенного процесса и тяжестью алкоголизации. Чем выраженнее была прогредиентность эндогенного процесса, тем меньше была подверженность больных алкоголизации. В случае преобладания в клинической картине гебоидных проявлений алкоголизация иногда достигала степени компульсивности. У этих больных не отмечалось развития абстинентных явлений. Вместе с тем злоупотребление алкоголем способствовало нарушению социальных связей и нередко приводило к социальной дезадаптации и совершению общественно опасных действий. Отмечались дромоманические эпизоды, гротескно выступали психопатоподобные формы поведения. У подростков с эндогенным заболеванием не отмечалось, в отличие от непроцессуальных больных, заметного роста толерантности к алкоголю. Катамнестические исследования показали, что только небольшая часть подростков этой подгруппы (12% наблюдений) продолжала злоупотреблять алкоголем в постпубертатном периоде, у них усиливалась выраженность дефицитарной симптоматики.

Таким образом, в целях дифференциальной диагностики необходимо учитывать не только 3 основных фактора, предрасполагающие к алкоголизации, но также характер и этиологию психических нарушений у подростков, склонных к злоупотреблению алкоголем.

УДК 616.89—008.441.13

ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ ВО ВРЕМЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

В. Л. МИНУТКО
(Московская обл.)

В целях изучения семиотики влечения к алкоголю в абстинентном периоде в наркологическом отделении Нарофоминской психиатрической больницы № 23 было обследовано 137 больных хроническим алкоголизмом во II стадии заболевания. Все обследованные — мужчины, средний возраст — 36,21±4,97 лет, средняя длительность злоупотребления спиртными напитками — 13,6±7,22 лет, давность существования похмельного синдрома (начала систематического приема алкоголя с целью опохмеления) — 8,21±4,89 лет.

Обследованные больные представляли собой лиц, у которых в анамнезе отсутствовали соматоневрологические и психические расстройства, не связанные с хроническим алкоголизмом. Подобное ограничение при отборе больных отражало первый этап клинико-семиологического анализа — «очищение» клинического статуса от признаков сопутствующей основному заболеванию патологии. В период обследования больных медикаментозная терапия им не проводилась.

Количественная оценка выраженности влечения к алкоголю и других расстройств абстинентного периода осуществлялась в варьирующих условиях, троекратно на протяжении 10 дней абстиненции с помощью разработанной валидной квантификационной шкалы, имеющей шестибалльную систему оценки.

Каждая клинико-семиологическая задача последовательно решалась с помощью адекватного математического метода. Для получения результатов была построена блок-схема алгоритма статистической последовательности клинико-семиологического анализа. На первом этапе исследования с помощью факторного анализа выделялась группа абстинент-

абстинентного периода сдерживают темп прогредиентности хронического алкоголизма, препятствуя возникновению рецидива заболевания.

Результаты исследования характера взаимосвязи абстинентных расстройств с симптомокомплексом влечения к алкоголю свидетельствуют о некоторой автономности генеза последнего. Лишь ассоциативная положительная связь была выявлена между проявлениями симптомокомплекса влечения к алкоголю и рядом неврологических (тремор, двигательная и статическая атаксия) и агрипнических симптомов. С большинством остальных абстинентных расстройств (гастроинтестинальные, симпатикотонические, аффективные и др.) выраженность влечения к алкоголю достоверно не коррелировала. Гипотеза о самостоятельном генезе симптомокомплекса влечения к алкоголю находит свое подтверждение в клинической практике. Прием алкоголя с целью опохмеления купирует большинство абстинентных расстройств, однако влечение к алкоголю после приема этанола, напротив, усиливается, как усиливается и выраженность остальных проявлений симптомокомплекса, включающего в себя этот признак. На наш взгляд, это обстоятельство не только подтверждает правомерность гипотезы о самостоятельном генезе симптомокомплекса влечения к алкоголю, но и диктует необходимость разработки особых вариантов купирования его проявлений, т. е. методов терапии, отличных от способов устранения остальных расстройств абстинентного периода.

При всей внешней пестроте признаков симптомокомплекса влечения к алкоголю в их генезе просматривается определенное единство, в основе которого лежит различной степени выраженности органическое поражение центральной нервной системы. И действительно, органичность таких проявлений симптомокомплекса влечения к алкоголю как левосторонний нистагм, положительная проба Ташена не вызывает сомнения. Определенные аффективные расстройства также могут быть составной частью психоорганического синдрома. Особый компульсивный характер влечения к алкоголю также может быть следствием органичности этого симптома. У больных органическим поражением центральной нервной системы, как известно, влечения зачастую носят именно компульсивный характер. Гипотеза об органическом генезе проявлений симптомокомплекса влечения к алкоголю делает понятным усиление выраженности его признаков после приема этанола.

С позиций клинической семиотики в статусе больного должен присутствовать «осевой симптомокомплекс», т. е. симптомокомплекс, который как бы пронизывает статус, возникает до него и может существовать в дальнейшем. Можно предположить, что в статусе больного, находящегося в абстинентном периоде, таким «осевым симптомокомплексом» является симптомокомплекс влечения к алкоголю. Проявления данного симптомокомплекса могут быть выявлены не только в абстинентном периоде, но и в периоде алкогольной интоксикации или в ремиссионном периоде. Подобная точка зрения логически приводит к мысли о том, что имеющаяся у больного хроническим алкоголизмом органическая несостоятельность центральной нервной системы (симптомокомплекс влечения к алкоголю) может декомпенсироваться под влиянием внешних или внутренних патогенных факторов (токсический эффект этанола, абстинентный «токсикоз», психический стресс и т. д.). Следовательно, влечение к алкоголю в структуре психической и физической зависимости могут быть различны лишь в количественном отношении.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии симптомокомплекса влечения к алкоголю, который не входит в структуру абстинентного синдрома, а как бы сопутствует ему. Этот симптомокомплекс имеет определенные закономерности динамики, проявляющиеся как по мере течения абстиненции, так и в зависимости от давности «алкогольного стажа».

УДК 616.89—008.441.13—615.072(083.74)

К МЕТОДИКЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ И МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТИЗОВАННОЙ, КВАНТИФИКАЦИОННОЙ АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ КАРТЫ

А. В. НЕМЦОВ, О. В. ПАПСУЕВА
(Москва)

Клинико-описательный метод остается ведущим в практической психиатрии и наркологии, для которых достаточно качественное решение как диагностических, так и прогностических вопросов. Научно-исследовательские задачи требуют зачастую решений на количественном уровне, что позволяет

уменьшить субъективный фактор. Этому же способствует стандартизации получаемых данных и их квантификация. По этому пути пошли многие исследователи, создавшие ряд опросников или карт для обследования взрослых больных алкоголизмом. Особенности подростково-юношеского возраста потребовали составить специальную карту для анамнестических сведений.

Карта заполняется на основе беседы с обследуемым, его родственниками или близкими. При этом форма вопросов не должна повторять формулировки карты; она зависит от возраста и культурного уровня интервьюируемого. Основной метод заполнения карты состоит в выборе (подчеркивании) одного или нескольких слов отдельных пунктов. В случае несоответствия приведенных слов вписывается более адекватное. Для этого оставлены пустые строки. Вписываются также цифровые данные. ...означает «и, или», т. е. подчеркивается либо одно, либо другое (или), либо оба слова (и). Анамнестические сведения, не отраженные в анкете, вписываются дополнительно под № 93, 94 и т. д.

Важный вопрос картирования клинических данных — это степень их структурирования. Большая жесткость карты возможна в том случае, когда существенные переменные уже определены и необходимо изучить их взаимодействие. Структурированность позволяет легко формализовать данные для обработки на ЭВМ. При этом есть опасность упустить важные и заранее неизвестные элементы клинической картины. Слишком большое число степеней свободы карты, напротив, может затруднить унификацию данных и последующую их формализацию. Представляется, что в предлагаемой карте найден некоторый промежуточный вариант за счет разной степени структурирования отдельных сторон анамнеза. Это не позволило провести единый принцип организации материала.

Приводимая ниже карта может послужить основой для составления новых опросников с другими, более или менее специализированными задачами. Тем более, что карта исходно была рассчитана и на взрослых людей молодого возраста, которые могли бы служить контролем к основной, подростково-юношеской группе исследуемых.

АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ КАРТА

1. Ф. и. о. _____

2. Возраст _____ лет _____ мес.

3. Наследственность не отягощена, нет данных, отягощена соматическими, психическими заболеваниями, резкими особенностями характера (какими, у кого) _____

_____

_____

4. Злоупотребление алкоголем (а), алкоголизм (б), у родственников (кроме родителей) _____

5. Беременность без особенностей, патологическая _____

_____

6. Роды без особенностей, преждевременные, патологические, с асфиксией

7. Раннее развитие (до 3 лет) нормальное, с задержкой физического, психического развития (какое) _____

8. Заболевания (в скобках указать возраст) в детстве (до 10 лет): болел редко/часто, переболел _____

_____

9. В подростково-юношеском (до 18 лет): болел редко/часто, переболел

_____

10. У взрослого: болел редко/часто, переболел _____

_____

11. Вегетативный преморбид: сбалансированный, несбалансированный (чувствительность к жаре, холоду, перемене погоды, к быстрой езде, каруселе): _____

_____

выраженные эмоциональные реакции (побледнение, покраснение, потливость, сердцебиение, обмороки) _____

12. Неврологические особенности: нет, есть _____

_____

_____

13. Конституциональные особенности: нормостеник, астеник, гиперстеник, инфантильный, диспластичный тип _____

_____ рост _____ см.

14. **Отец** к моменту рождения обследуемого _____ лет.

15. Образование: (неполное) среднее, специальное, высшее (неполное).
16. Колхозник, неквалиф./квалиф. рабочий, технический специалист, служащий, творческий работник, _____
17. По характеру (по мнению обследуемого) добрый/злой, заботливый, равнодушный, жестокий, справедливый/несправедливый, умный/неумный, раздражительный/спокойный, общительный, замкнутый, подозрительный, мнительный _____
18. Обследуемого (по его мнению) любит/не любит, безразличен, понимает/не понимает, в главном понимает, к его алкоголизации относится терпимо/нетерпимо _____
19. Алкоголь употребляет (л) редко, систематически (до/после), злоупотребляет (л) (до/после рождения обследуемого); судимость: нет/была
20. **Мать:** к моменту рождения обследуемого _____ лет.
21. Образование: среднее (неполное), специальное, высшее (неполное).
22. Колхозница, неквалиф./квалиф. рабочий, технический специалист, служащая, творческий работник, домохозяйка, _____
23. По характеру (по мнению обследуемого) добрая/злая, заботливая, равнодушная, жестокая, справедливая/несправедливая, умная/неумная, раздражительная/спокойная, общительная/замкнутая, подозрительная, мнительная, _____
24. Обследуемого (по его мнению) любит/не любит, безразлична, понимает/не понимает, в главном понимает, к его алкоголизации относится терпимо/нетерпимо _____
25. Алкоголь употребляет (ла) систематически (до/после), злоупотребляет (ла) (до/после рождения обследуемого, во время беременности), судимость: нет/была
26. Воспитанием все время/сначала занимались мать, отец, бабушка, дедушка, другие (кто) _____

с _____ лет стал (а, и) _____

с _____ лет стал (а, и) _____

27. Неправильное воспитание (со слов родственников): не было, было по типу: «кумир семьи», гиперопека, гипоопека, безнаказанность, «золушка», «ежовые рукавицы», противоречивое, смешанное (указать какое, другие, возраст) _____
28. Деструкция семьи: не было, развод родителей (а) в ____ лет, (б) повторный брак матери в ____ лет, (в) смерть близкого человека (кого) _____ в ____ лет, интернат в ____ в ____ лет, (д) переезд к _____ лет, (е) возвращение в семью в _____ лет, (ж) другие (указать) _____ в _____ лет, _____ в _____ лет.
29. Реакции на деструкцию семьи (в скобках указать букву пункта 28): было, активный/пассивный протест ( ), реакция отказа ( ), суицидальные попытки/самоповреждение ( ), другие _____

30. Существенные конфликты: не было, были (№ п/п, возраст в скобках) _____
31. Реакции на конфликты, указанные в пункте 30 (указать порядковый № п. 30) _____
32. Резко выраженные реакции (какие, длительность) на обычные изменения обстановки (помещение ребенка в ясли, детский сад, лагерь, школа, другие) (_____): _____
33. Отношения в родительской семье: дружные, ровные, напряженные, конфликтные из-за (_____): _____

с _____ до _____ лет.

34. **Особенности характера** (со слов родственников) в дошкольном возрасте: спокойный, ласковый, обидчивый, ранимый, плаксивый; моторно/психически активный, пассивный; послушный/непослушный; общительный/необщительный; преобладали положительные/отрицательные эмоции, доброжелательный, веселый, капризный, угрюмый; подражал хорошему/плохому; склонный к фантазированию, лживый, драчливый, умел/не умел постоять за себя; спал хорошо/плохо; к школе был/не был подготовлен. _____
35. В школьном возрасте (до 10—11 лет): *не изменился, стал более/менее* послушным, более/менее активным психически/моторно, более/менее контактным, более/менее внушаемым, стал организованным/неорганизованным, самостоятельным/несамостоятельным преобладали положительные/отрицательные эмоции, подражал хорошему/плохому, учился хорошо/средне/плохо/неровно, ничем не занимался/занимался

(чем)_____

_____

36. Возрастной криз с_____. Пубертат протекал (ет) без резких особенностей; обострились особенности предыдущего периода (а — непослушание, б — возбудимость, в — раздражительность, г — самостоятельность, д — дезорганизованность, е — несамостоятельность, ж — самостоятельность, з — подражание плохому); появились вновь (отметить буквами из предыдущего списка)_____, а также равнодушие к родителям, злобность, хвастливость, трусливость, некомфортность/комфортность, ленность/деятельность, самооценка завышенная/заниженная/адекватная/неадекватная, реакция эмансипации (сильная, умеренная); потерял интерес к прежним увлечениям в____ лет, интересов нет, не изменились, появились новые (какие) _____

планы на будущее нет/появились в_____ лет, учиться стал хуже/лучше, стал прогуливать изредка/систематически.

37. В юношеском возрасте (до 18 лет): успеваемость улучшилась/ухудшилась, контакты со взрослыми ухудшились/улучшились, со сверстниками улучшились/ухудшились, появилась критическая оценка поведения, система моральных ценностей устойчивая/неустойчивая, планы на будущее, стал более уравновешенным/раздражительным,_____

_____

38. У взрослого (со слов жены, матери, _____) добрый/злой, заботливый (о жене, детях/безразличный (к жене, детям), покладистый/властный/«деспот», нуждается в поддержке/самостоятельный, деятельный/ленивый, умный/неумный, раздражительный/спокойный, ревнивый/неревнивый, умный/неумный, раздражительный/спокойный, нудный; скупой, «транжир», обидчивый, злопамятный, подозрительный, мнительный,_____

_____

39. Трудности общения со сверстниками: не было, были: из-за малого роста, слабой конституции, физической силы, робости, застенчивости, драчливости, обидчивости, замкнутости, несовпадения интересов, _____

_____

40. Девиантные формы поведения появились с____ лет и выражались в антидисциплинарных поступках с____ лет, антиобщественных с_____ лет, делинквентных с____ лет, самоповреждениях с ____ лет (указать, какие) _____

_____судимость: нет/была в_____ лет.

41. Особенности сексуальности: вторичные половые признаки в____ лет, первые эякуляции в_____лет при поллюциях, мастурбации, половом акте; первая влюбленность в_____лет с переживанием конфликтов, с

психическими травмами; в подростково-юношеском возрасте считает (л) себя привлекательным/непривлекательным; начало половой жизни с _____ лет; опасения в сексуальной неполноценности были/не были; девиации сексуальности, _____

_____

42. Образование: окончил_____ классов школы,_____курсов ПТУ, техникум (а), институт (а) _____

43. Служил в СА: легко/трудно адаптировался, второй год легко/трудно, не служил по причине учебы в_____

заболевания (какого) _____

44. Трудовая деятельность с_____ лет. В настоящее время неквалиф./квалиф. рабочий, среднетехнический специалист, служащий со средним специальным, высшим образованием, творческий работник; пенсионер по болезни, возрасту (инв. II, III групы). _____

45. Снижение квалификации (нет), по роду деятельности (нет), не работает.

46. Женат с____ лет, дети есть/нет_____ человек, разведен в_____ лет, причина развода_____

_____

второй/третий брак в_____ лет.

47. **Жена**/близкая подруга; возраст_____ лет.

48. Образование: неполное среднее, среднее, среднее специальное, высшее.

49. Учится, колхозница, неквалиф./квалиф. рабочая, технический специалист, служащая, творческий работник, домохозяйка, _____

50. По характеру (по мнению обследуемого) добрая/злая, заботливая (о муже, детях)/безразличная (к мужу, детям), покладистая/властная, нуждается в поддержке/самостоятельная, деятельная/ленивая, умная/неумная, раздражительная/спокойная, сварливая, ревнивая/неревнивая, доверчивая, скупая, «транжира», обидчивая, злопамятная, подозрительная, мнительная, преуспевает по службе, имеет свой круг друзей,

_____

51. Алкоголь не употребляет/употребляет, эпизодически/систематически/злоупотребляет с_____ лет _____

к алкоголизации мужа относится терпимо/нетерпимо

52. Отношения с женой/подругой дружные, ровные/неровные, напряженные, конфликтные из-за _____

_____с _____ лет.

сексуальных конфликтов нет/есть (в чем)_____

_____

53. К детям отношение ровное, привязан, равнодушен, негативное, ____

54. Судимость (и) есть/нет _____

55. **Первое употребление алкоголя** в____лет, доза____л вина/водки, сразу/дробно, было приятно/неприятно/безразлично, возникло опьянение 1, 2, 3 ст., возбуждение, сонливость, рвота. _____

_____

56. В семье (а), в учебной (б), дворовой (в), рабочей (г), случайной (д), компании сверстников (ж), старших (з) по возрасту друзей (и), знакомых (к), малознакомых (л), в одиночку (м), _____

57. Мотивы обозначить цифрами пункта 65 и дать расшифровку: _____

_____

_____

58. Второе употребление через____мес./лет (указать буквой п. 47) доза____ вина/водки, сопровождалось опьянением 1, 2, 3 ст. _____

_____

59. Мотивы обозначить цифрами п. 65 и дать расшифровку: _____

_____

_____

60. **Эпизодическое употребление алкоголя** с____лет с частотой____раз (а) в мес/год до____лет, продолжалось____лет/мес, дозы____л вина/водки/пива.

61. Мотивы обозначить цифрами п. 65 и дать расшифровку: _____

_____

_____

62. Первое опьянение 3 ст. в____лет (см. п. 55, 58). Доза____л вина/водки.

63. **Систематическое употребление опьяняющих доз алкоголя** (до 1 раза в неделю, опьянение 1, 2 ст.) с____лет.

64. В семье (в скобках здесь и в п. 66—70 возраст) в учебной ( ), дворовой ( ), рабочей ( ), случайной компании сверстников ( ) или старших по возрасту ( ), друзей ( ), знакомых ( ), в одиночку ( ), _____

65. В подражание сверстникам (1), взрослым (2), для самоутверждения (3), чтобы испытать новые ощущения (4), «убить» время (5), уйти от реальности (6), для повышения настроения (7), облегчения контактов (8), снятия напряжения (9), тревоги (10), после конфликтов (11), из-за стремления к группированию (12), чтобы испытать опьянение (13), быть деятельным (14), агрессивным (15), _____

66. Влечение к алкоголю: нет/появилось стремление к эйфории ( ),

общению с пьяной компанией ( ), деятельности ( ), агрессивности ( ), _____

_____

что сопровождалось приятными воспоминаниями о выпивках, алк. снами, желанием поговорить о выпивках, приятными ощущениями при алкогольных темах (кино, книги), виде пьющих, пьяных, питейных заведений, _____

_____

_____

возникало ситуационно ( )/вне алк. ситуации ( ), с невозможностью подавления ( ), носило навязчивый характер в алк. ситуации ( )/вне алк. ситуации ( ) _____

_____

невозможность подавления из-за _____

_____

67. **Злоупотребление алкоголем** (более 1 раза в неделю, опьянение 2, 3 ст.) с _____ лет.

68. В семье ( ), в учебной ( ), дворовой ( ), рабочей ( ), случайной компании ( ), сверстников ( ) или старших по возрасту ( ), друзей ( ), знакомых ( ), малознакомых ( ), в одиночку ( ), после конфликта (какого)

_____

_____

69. Влечение к алкоголю: нет/появилось стремление к эйфории), общению с пьяной компанией ( ), деятельности ( ), агрессивности ( ), _____

_____

что сопровождалось приятными воспоминаниями о выпивках, алк. снами, желанием поговорить о выпивках, приятными ощущениями при алкогольных темах (кино, книги), виде пьющих, пьяных, питейных заведений, _____

_____

_____

возникало ситуационно ( )/вне алк. ситуации ( ), с невозможностью подавления ( ), носило навязчивый характер в алк. ситуации ( )/вне алк. ситуации ( ) _____

_____

невозможность подавления из-за _____

_____

70. Количественный контроль сохранен (частично)/утрачен в_____ лет, при дозе _____ вина/водки.

71. Ситуационный контроль сохранен (частично)/утрачен в_____ лет, не был изначально.

72. Рвотный рефлекс на алкоголь на высоте опьянения сохранен/утрачен _____ в лет, отсутствует изначально.

73. Частичные амнезии: нет/появились в _____ лет.

74. Полные амнезии опьянения: нет/появились в _____ лет.

75. Изменение толерантности (указать характерные дозы, напитки и возраст): изначальная _____ л водки, _____ л вина до _____ лет,

через _____ лет _____ л водки, _____ л вина _____

через _____ лет _____ л водки, _____ л вина _____

через _____ лет _____ л водки, _____ л вина _____

через _____ лет _____ л водки, _____ л вина _____

76. Изменения характера опьянения (с помощью порядковых № указать последовательность).

№№ п/п _____ веселый, благодушный с _____ до _____ лет

_____ развязный, хвастливый с _____ до _____ лет

_____ апатичный, сонливый с _____ до _____ лет

_____ обидчивый, плаксивый с _____ до _____ лет

_____ раздражительный, агрессивный с _____ до _____ лет

_____ ревнивый, подозрительный с _____ до _____ лет

_____ с фантазированием с _____ до _____ лет

_____ с усилением характ. особ. с _____ до _____ лет

_____ с припадками с _____ до _____ лет

_____ с сопором, комой с _____ до _____ лет

_____ другие формы с _____ до _____ лет.

77. Изменение характера пьянства (с помощью порядковых № указать последовательность)

№№ п/п _____ перемежающееся пьянство с _____ до _____ лет

_____ постоянное пьянство с _____ до _____ лет

_____ псевдозапойное с короткими запоями с _____ до _____ лет _____ дн/мес

_____ псевдозапойное с длит. запоями с _____ до _____ лет _____ дн/мес

_____ истинные запои кратковременные с _____ до _____ лет _____ дн/мес

_____ истинные запои длительные с _____ до _____ лет _____ дн/мес

_____ с _____ до _____ лет _____ дн/мес

78. Перед запоем изменение состояния не бывает/бывает в течение _____ часов/дней, раздражительность, бессонница, моторная/психическая активность, астения, влечение к алкоголю _____

_____

Алкогольный эксцесс возникает вне алк. ситуации/ситуационно в связи с _____

_____

79. Перед рецидивом изменений состояния не было/было в течение _____ часов/дней/мес: раздражительность, подавленное настроение, бессонница, алк. сновидения _____

_____

рецидив возникал ситуационно в связи с _____

_____

_____

80. Самочувствие при воздержании (в послепохмельном периоде) в первые _____ мес/лет, обычное, с неудовлетворенностью (а), подавленностью (б), тревожностью (в), утомляемостью (ю), _____ через _____ мес/лет изменилось (обозначить буквами или дописать)

_____

81. Постинтоксикационные явления: не было/возникали с _____ лет, после дозы _____ л вина/водки, длились _____ часов/дней, сопровождались _____

_____

82. Потребность опохмеляться нет/появилась в _____ лет.

83. Абстинентный синдром (перечислить соматоневрологические, астено-вегетативные, психические и психологические проявления, припадки; в скобках — возраст их появления): _____

_____

_____

_____

_____

_____

84. Длительность абстинентного синдрома при его появлении _____ часов/дней, через _____ мес/лет _____ часов/дней, через _____ мес/лет _____ часов/дней, через _____ мес/лет _____ часов/дней.

85. Алкогольные психозы: делирий (типичный, абортивный, атипичный, тяжелый в ____ лет, галлюциноз острый (типичный, абортивный, с преобладанием тоски (бреда) протрагированный в _____ лет, параноид острый в_____ лет.

86. В связи с алкоголизмом ранее лечился в_____ лет в течение _____ дней (чем) _____
повторно в _____ лет в течение _____ дней (чем) _____

87. После лечения ремиссия_____ мес/лет, повторно_____ мес/лет.

88. Спонтанная ремиссия в_____ лет, продолжалась_____ мес/лет.

89. Длительность пьянства перед настоящим обследованием _____дней/мес, последнее употребление алкоголя за _____ дней.

90. На учете в инспекции по делам несовершеннолетних с_____ лет, нарк. кологическом диспансере с_____ лет.

91. Обратился самостоятельно, по инициативе членов семьи/сослуживцев/ инспекции _____

92. Другие виды наркотизации (какие, в скобках возраст употребления)

Карту составил _____ дата _____

УДК 616.89.008.441.13—577.73

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА

Т. И. НИЖНИЧЕНКО
(Москва)

Обследовано 100 больных, перенесших до 26 лет различные алкогольные психозы. У 14 больных до начала злоупотребления алкоголем патологические черты характера и акцентуации характера отсутствовали. Преморбидные психопатические, психопатоподобные проявления и акцентуации характера представлены чаще психической неустойчивостью и психастеническими чертами характера. У 6 больных диагностирована олигофрения в степени дебильности, последствия которой выражались как в задержке физического развития, так и в задержке интеллектуального развития и речи. Задержка психического развития в раннем и дошкольном возрасте выявлена у 19 больных. Задержка психического развития проявлялась в том, что в раннем детстве 6 больных несвоевременно начинали говорить, двое страдали ночным энурезом, отставали в учебе с первого года обучения в школе. К этой же группе отнесены больные, перенесшие в раннем детстве травму головы, страдавшие с детства судорожными припадакми, а также больные, у которых с раннего детства отмечалась не только задержка интеллектуального развития, но и грубые нарушения поведения, резко выраженные психопатоподобные черты характера. Благоприятная ситуация в семье, где воспитывались больные, отмечалась очень редко. У 47 больных в семьях, где они росли, любая форма пьянства считалась необходимым и хорошим обычаем. 83 делиранта к моменту обследования перенесли до 26-летнего возраста 133 психотических состояния. 17 больных острым алкогольным галлюцинозом к моменту обследования перенесли в течение жизни до 26-летнего возраста 26 психотических состояний. Из 59 повторных приступов алкогольных психозов 38 возникли в течение первого года после перенесенного первого алкогольного психоза.

После первого психоза новые характерологические изменения не появлялись. Чем больше была давность алкоголизма к моменту возникновения первого психоза, тем отчетли-

У больных травматической энцефалопатией мышление отличалось грубой конкретностью. Они оказывались неспособными оценить многогранность явления, утрачивали возможность различной интерпретации факта, не могли быстро и легко принять привычное решение. Недостаточная оценка ситуации проявлялась в назойливости, бестактности, но примитивная фамильярность была присуща преимущественно больным олигофренией и органическим поражением мозга.

Мнестические расстройства у больных олигофренией и органическим поражением мозга после перенесенного алкогольного психоза усиливались, в первую очередь нарушалась способность запоминания.

Таким образом, изменения психики после перенесенных алкогольных психозов характеризуются прежде всего заострением индивидуальных характерологических особенностей, отмечавшихся до начала злоупотребления алкоголем. Возможно, что алкоголизм смягчал некоторые психопатические проявления, так как до начала злоупотребления алкоголем они были более выраженными. Отсутствие глубоких изменений личности по алкогольному типу, видимо, объясняется относительно небольшим «алкогольным стажем» и, кроме того, наличием у ряда больных психопатического склада характера.

УДК 616.89.008—441.13—577.73

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

И. А. НИКИФОРОВ
(Москва)

Рост потребления спиртных напитков подростками и лицами молодого возраста во всем мире и опасность развития в связи с этим «раннего алкоголизма» объясняют значительно возросший интерес к этой проблеме в последние десятилетия. Об актуальности данной проблемы свидетельствует тот факт, что социальным и клиническим аспектам алкоголизации молодежи и подростков посвящено более 700 научных работ. Установлено, что развитию алкоголизма в подростковом возрасте способствует ряд условий. Это перенесенные в

детском и подростковом возрасте черепно-мозговые травмы, отклонения или задержки в физическом развитии, синдромы психической заторможенности или возбуждения в первые годы жизни, нарушения ночного сна с кошмарными сновидениями, сноговорения, снохождения, энурез, дислалии в форме косноязычия или заикания, резидуально-органическая недостаточность центральной нервной системы, интеллектуальные и характерологические отклонения (черты дебильности, некоторые виды акцентуаций и психопатий). Общепризнано, что особую роль в возникновении и развитии «раннего алкоголизма» играют такие неблагоприятные микросоциальные факторы, как алкогольное окружение, «неполная семья» и низкий уровень образования родителей, алкоголизм отца и матери. Нередко в семьях отмечаются напряженные отношения между родителями, отсутствие контроля с их стороны за поведением и обучением подростка. С возрастом в силу характерной для подростков склонности к группированию со сверстниками усиливается влияние «алкогольной компании» по месту жительства, учебы или работы.

Таким образом, неблагоприятные микросоциальные условия создают «алкогольную личность до болезни».

Получило распространение мнение, что алкоголизм в подростковом возрасте формируется в сжатые сроки, обычно тем быстрее, чем моложе больной; быстро развиваются характерологические изменения, и на первый план выступают эмоционально-волевые расстройства.

Учитывая пагубные медицинские, психологические и социальные последствия раннего алкоголизма, ускоренный темп его развития, некоторые авторы называют его злокачественным.

Вместе с тем у подростков с различной отягощенностью неблагоприятными биологическими и социальными факторами темп формирования алкогольной болезни разный, неодинаково выражены и характерологические изменения, обусловленные развитием алкогольной болезни. Таким образом, можно говорить о разной степени прогредиентности «раннего алкоголизма».

В целях выявления факторов, влияющих на темп развития алкогольной болезни в подростковом возрасте, проведено исследование клиническим методом 60 подростков мужского пола в возрасте от 16 до 18 лет, находившихся на обследовании и лечении в клинике наркологии Московского НИИ психиатрии Минздрава РСФСР.

Таблица 1

Унифицированный список клинических, личностных и социальных признаков (факторов)

№ (код)	Название признака	Градация признака (а, б, с)
1	2	3
1	Ремиссия более года	Да и нет (0)
2	Наличие гипертимных и эпилептоидных черт	Да и нет (0)
3	Наличие психастенических черт	Да и нет (0)
4	Наличие истероидных черт	Да и нет (0)
5	Наследственная отягощенность (преимущественно алкогольная)	Да и нет (0)
6	Наличие родственников, злоупотребляющих спиртными напитками	Да и нет (0)
7	Наличие патологии беременности у матери пробанда	Да и нет (0)
8	Наличие патологии в родах у матери пробанда	Да и нет (0)
9	Задержки физического и психического развития в детском возрасте	Да и нет (0)
10	Наличие простудных заболеваний, детских инфекций	Да и нет (0)
11	Наличие черт психомоторной расторможенности	Да и нет (0)
12	Неправильное воспитание	Да и нет (0)
13	Воспитание — «кумир семьи»	Да и нет (0)
14	Воспитание по типу гипо- и гиперопеки	Да и нет (0)
15	Деструкция семьи	Да и нет (0)
16	Родители, злоупотребляющие спиртными напитками:	
	а) отцы	Да и нет (0)
	б) матери	Да и нет (0)
17	Воспитывались вне семьи (не родителями)	Да и нет (0)
18	Снижение успеваемости в школе, нарушение поведения, трудности адаптации	Да и нет (0)
19	В пубертатном возрасте — социально неприемлемые формы поведения, имели судимость	Да и нет (0)
20	Учились в ПТУ	Да и нет (0)
21	Первый контакт с алкоголем в 12—13 лет	Да и нет (0)
22	Период эпизодического пьянства (в течение года)	Да и нет (0)

1	2	3
23	Систематическое употребление алкоголя:	
	а) в 14 лет	Да и нет (0)
	б) в 15 лет	Да и нет (0)
24	Утрата количественного и ситуационного контроля при употреблении алкоголя:	
	а) изначальное	Да и нет (0)
	б) через 1—2 года	Да и нет (0)
25	Амнезия опьянения:	
	а) частичная	Да и нет (0)
	б) полная	Да и нет (0)
26	Динамика роста толерантности (за 2—3 года):	
	а) увеличилась в 6—7 раз	Да и нет (0)
	б) увеличилась в 2—3 раза	Да и нет (0)
27	Изменение характера опьянения:	
	а) появление раздражительности, агрессивности	Да и нет (0)
	б) апатии, сонливости	Да и нет (0)
28	Пьянство перемежающееся (на первых этапах)	Да и нет (0)
29	Пьянство постоянное (на момент обследования)	Да и нет (0)
30	Пьянство псевдозапойное	Да и нет (0)
31	Алкогольные психозы	Да и нет (0)
32	При отсутствии алкоголя употребляет различные средства: транквилизаторы, барбитураты, циклодол и др.	Да и нет (0)
33	Изменения личности, наступающие в результате злоупотребления алкоголем (раздражительность, вспыльчивость, агрессивность и др.)	Да и нет (0)
34	Появление в утренние часы пониженного настроения, вялости, апатии	Да и нет (0)

Сравнивались 2 группы подростков, у которых в клинической картине болезни имелось различие по абстинентному синдрому.

В первую группу вошли 25 подростков, у которых сформировался абстинентный синдром; во вторую — 35 подростков, у которых абстинентного синдрома выявлено не было.

Все больные (60) исследованы по 34 клиническим, лич-

ностным и социальным факторам (признакам), приведенным в табл. 1.

Анализируя две группы больных, удалось выяснить, что в обеих группах встречались подростки с гипертимными, шизоидными, эпилептоидными, психастеническими, неустойчивыми, истероидными чертами.

Установлено, что более чем у половины больных родственники страдали психическими заболеваниями (преимущественно алкоголизмом). В 36% случаев встречалась патология беременности у матери, в то время как патология в родах отмечалась в 20% случаев. У подростков обеих групп выявлялись задержки психического и физического развития, простудные заболевания, детские инфекции, черты психомоторной расторможенности.

Неправильное воспитание установлено в обеих группах, при этом превалировали противоречивое воспитание, воспитание типа «кумир семьи» и воспитание типа гипер- и гипоопеки. Деструкция семьи также была частым явлением в обеих группах. Отцы и матери подростков злоупотребляли спиртными напитками (79% отцов и 28,5% матерей). 18% подростков воспитывались не родителями, а другими лицами (бабушки, дедушки, братья, сестры, отчимы, мачехи).

У подростков обеих групп в пубертатном возрасте наблюдались непослушание, возбудимость, раздражительность, дезорганизованность, несамостоятельность, ориентация на социально-неприемлемые формы поведения. После окончания восьмилетней школы они не были склонны продолжать учебу, только 52% учились в ПТУ. Более половины подростков имели судимость к моменту обследования. Систематическое употребление алкоголя наблюдалось в 14—15 лет. Все подростки употребляли спиртные напитки преимущественно в дворовой компании сверстников или лиц, старших по возрасту. Часто они не могли ответить, что их побуждало к выпивке, что привлекало в состоянии алкогольного опьянения. Нередки были ответы: «Пил просто за компанию», «по примеру товарищей», «от нечего делать». В течение 1—2 лет систематического злоупотребления алкоголем наступала утрата количественного и ситуационного контроля. У 80—90% подростков возникали палимпсесты и частичные амнезии опьянения. Изменение характера опьянения отмечалось у подавляющего числа обследуемых: преобладало появление в состоянии опьянения раздражительности и агрессивности, а в дальнейшем — апатии и сонливости. У всех

подростков на первых этапах заболевания пьянство было перемежающимся. На момент обследования в 30% случаев оно было постоянным, в 61% — псевдозапойным. У всех обследуемых больных выявлены возникшие в результате злоупотребления алкоголем изменения характера с появлением черт раздражительности, вспыльчивости, агрессивности. У большинства больных отмечено появление в утренние часы пониженного настроения с апатией, вялостью, слабостью.

В табл. 2 представлена идентификация и частотнодискриминационное различие диагностически значимых признаков для двух групп больных.

В работе были использованы две группы выборок: П=25 и П=35. Частотно-дискриминационный метод Р. А. Фишера (метод «фи» — Фишера), 1958, был рассчитан для двух выборок по формуле:

$$Д_{1,2} = (фи_1 - фи_2)^2 \frac{п_1 п_2}{п_1 + п_2}.$$

Для фиксированной выборки п=30—35 наблюдений дискриминация составляет около 20%. Поэтому были построены частотно-дискриминантные шкалы размерами 20%×5==100% из пяти классов:

I класс — 0 — 20%,
II класс — 20,1 — 40%,
III класс — 40,1 — 60%,
IV класс — 60,1 — 80%,
V класс — 80,1 — 100%.

По ним отобраны диагностически значимые признаки.

Наиболее диагностически значимые признаки идентифицированы в V и IV классах: (80,1% — 100%; 60,1 — 80%);

Код 23: Утрата количественного и ситуационного контроля в употреблении алкоголя;
Код 31: Изменение личности, наступающие в результате злоупотребления алкоголем;
Код 27: Пьянство перемежающееся на первых этапах;
Код 24: Амнезия опьянения;
Код 32: Появление в утренние часы пониженного настроения;
Код 16а: Родители, злоупотребляющие спиртными напитками (отцы);
Код 10: Наличие простудных заболеваний, детских инфекций;
Код 28б: Пьянство псевдозапойное.

Таблица 2

Идентификация и частотно-дискриминантное различие диагностически значимых клинических признаков для двух групп больных

Частотно-дискриминантные классы различения признаков: I—V классы 20% = 100	№ признаков	Дискриминация между группами		
		I группа	II группа	Разница
V класс: p = 80,1—100% высокодиагностически значимые признаки	№ 23	100%	12,5%	87,5%
	№ 31	100%	100%	0%
	№ 24	90%	50%	40%
	№ 27	100%	100%	0%
IV класс: p = 60,1—80,0% высокодиагностически значимые признаки	№ 10	64,0%	45,7%	18%
	№ 32	80%	80%	0%
	№ 16а	79,0%	61,0%	18%
	№ 28б	61,0%	0%	61%
III класс p = 40,1—60% — среднеинформативные, диагностически значимые признаки	№ 2	50,0%	50,0%	0%
	№ 4	50,0%	50%	0%
	№ 5	56,0%	22,8%	33,2%
	№ 6	56,0%	25,7%	30,3%
	№ 11	47,6%	39,4%	8,2%
	№ 13	50%	50%	0%
	№ 19а	52,0%	0%	52%
	№ 19б	53,8%	38,5%	15,3%
	№ 20	44,0%	21,0%	23%
	№ 21	50%	23%	27%
	№ 25б	0%	50%	50%
II класс p = 20,2—40,0% малоинформативные, диагностически малозначимые признаки	№ 7	36%		16%
	№ 8	20%	20%	0%
	№ 9	32,0%	22,8%	9,2%
	№ 16б	28,5%	10,0%	18,5%
	№ 22а	29,0%	19,0%	10%
	№ 22б	23,8%	13,8%	10%
	№ 24	26%	10%	16%
	№ 25а	34%	12,5%	21%
	№ 28а	30%	18,8%	11,2%
	№ 53а, б	42,0%	42,0%	0%
I класс p = 0—19,9% — неинформативные, диагностически незначимые признаки	№ 1			
	№ 3			
	№ 12			
	№ 17			
	№ 18			
	№ 19			
	№ 26			
	№ 29			
	№ 30			

Наличие дискриминации между двумя группами устанавливается в 20% согласно формуле «фи» — Фишера. При этом, если между двумя группами по вышеуказанным признакам выявляется дискриминация менее 20—25%, то обе группы признаются однородными, объединяются в один класс. Если дискриминация превышает 20—25%, то группы являются статистически разнородными и могут быть сравниваемы.

Две исследуемых группы больных различаются с достоверной разницей по 8 признакам:

1. (код 23) — Утрата количественного и ситуационного контроля при употреблении алкоголя (100% — 12,5% = 87,5%).
2. (код 24) — Амнезия опьянения (90% — 50% = 40%).
3. (код 28б) — Пьянство псевдозапойное (61,0% — 0% = = 61%).
4. (код 5) — Наследственная, преимущественно алкогольная отягощенность (56% — 22,8% = = 33,2%).
5. (код 6) — Наличие родственников, злоупотребляющих спиртными напитками (56,0—25,7% = = 30,3%).
6. (код 19б) — Обучение в ПТУ (52% — 0% = 52%).
7. (код 21) — Период эпизодического пьянства в течение года (50% — 23% = 27%).
8. (код 25б) — Динамика роста толерантности за 2—3 года в 2—3 раза (0% — 50% = 50%).

Таким образом, быстрота формирования основных симптомов алкоголизма зависит как от биологических, так и социальных факторов. Выше перечисленные восемь факторов (признаков) способствуют развитию раннего неблагоприятно-текущего алкоголизма.

УДК 616.89.008—441.13—577.73

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

П. И. СИДОРОВ, Н. Е. ЛУШЕВ
(Архангельск)

Цель исследования состояла в изучении особенностей употребления спиртных напитков девочками и установлении ранних признаков злокачественного течения алкоголизма у женщин.

Клинически обследовано две группы девочек-подростков в возрасте от 14 до 18 лет, состоящих на учете в инспекциях по делам несовершеннолетних в связи со злоупотреблением спиртными напитками: 1) регулярно потребляющие алкоголь — 21 человек; 2) больные алкоголизмом I—II стадии — 38 человек, которые лечились в психиатрическом стационаре.

Основные клинические проявления алкоголизма у девочек-подростков принципиально не отличаются от алкоголизма мальчиков того же возраста. Развитие алкоголизма у девочек в большей мере, чем у мальчиков, зависит от особенностей микросоциального окружения, так как девочки отличаются большей внушаемостью и эмоциональностью, зависимостью от оценки референтного окружения, меньшей решительностью и самостоятельностью. Можно выделить ряд типов стиля алкоголизации у девочек в зависимости от характера «алкогольного окружения».

Первый тип — употребление алкоголя в группе лиц мужского пола. 1 вариант — пьянство в обществе мальчиков-сверстников. 2 вариант — злоупотребление алкоголем под влиянием пьющего мужчины. В обоих случаях формирование мужского стиля потребления спиртного происходит по механизму индукции. **Второй тип** — пьянство в кругу лиц женского пола. 1 вариант — употребление спиртного в обществе сверстниц (относительно доброкачественный вариант). 2 вариант — употребление алкоголя под влиянием пьющей женщины; сопровождается изначальным навязыванием форм потребления, свойственных злокачественному женскому алкоголизму. **Третий тип** — одиночное пьянство девочки-подростка. Алкоголь употребляется для облегчения контактов, коррекции характерологических особенностей, для дезактуализации конфликтов.

Существуют 2 типа объяснения пьянства девочками. Первый — **адаптивный тип.** Алкоголь используется для адаптации в микросоциальной группе, являясь необходимым атрибутом общения. Преобладают лица с психопатическими чертами характера, с гипертимной, истероидной, неустойчивой, конформной акцентуацией характера. Второй — **неадаптивный тип.** Алкоголь используется для уменьшения отрицательного эмоционального воздействия психотравмирующей ситуации. Способ реагирования на конфликт потреблением спиртного закрепляется и становится привычным. Преморбидные особенности личности представлены в основном чертами шизоидной, лабильной, сензитивной акцентуации характера.

В зависимости от преморбидных морфоконституциональных особенностей представляется возможным выделить два типа развития алкоголизации. 1. **Инфальтильно-феминный тип.** Традиционный набор типично женских социально-психологических характеристик представлен у этих девочек-подростков чертами детскости и незрелости, поверхностностью суждений и амбивалентностью установок, выраженной эмоционально-волевой неустойчивостью и быстрой истощаемостью внимания, интолерантностью к психотравмирующим ситуациям и уходом от ответственных решений, крайней несамостоятельностью и конформностью. Алкоголизация является смыслообразующим, эмоциогенным и коммуникативным фактором. В группе эти девочки пассивны. Пьянство развивается по механизму групповой взаимозависимости. 2. **Феминно-маскулинный тип.** Социально-психологические особенности личности ориентированы на мужской стереотип поведения, такие девочки-подростки по манере держаться и одеваться, по профессиональной ориентации напоминают мальчиков. Отмечается дефицит чисто женских форм эмоционального реагирования и поведения. Характерны нарочитая грубость, агрессивность, негативизм, стремление группироваться в мужской взрослой компании с ориентацией на роль «своего парня». Течение алкоголизма отличается злокачественностью и прогредиентностью.

Учитывая особенности морфофункциональных ресурсов мозга и печени в пубертатном возрасте, скомпрометированную в социальном и биологическом плане почву, дисгармоничность и лавинообразность симптомообразования, своеобразие характера опьянения и потребления, изначальное по-

давление или отсутствие количественного и ситуационного контроля, а также биологических защитных механизмов, лабильность и скачкообразность изменения уровня толерантности, представляется обоснованным выделять при раннем алкоголизме синдром не измененной, а **извращенной реактивности.**

Время от первого выраженного опьянения до вспышки лавинообразного симптомообразования (критического периода) характеризует продолжительность **защитно-компенсаторного периода,** для которого характерен комплекс реакций различного уровня, обеспечивающих приспособление, адаптацию организма ко все возрастающим дозам спиртного и учащающейся алкоголизации. С исчерпанием компенсаторных возможностей возникает «полом», о чем свидетельствует бурный взрыв симптомообразования. Выделенный синдром имеет ряд уровней: 1) **клинически** он представлен появлением количественного и ситуационного контроля, защитной рвотной реакцией и чувством отвращения при передозировке, противодействием микросоциальной среды, преобладанием дискомфортных форм опьянения у подростков, повышением толерантности, постинтоксикационными состояниями; 2) **функционально** он характеризуется ускорением поглотительно-выделительной функции печени и секреторно-экскреторной функции почек; 3) **метаболически** он представлен индукцией в начале алкоголизма активности АДГ/АльДГ и МЭОС; 4) **морфологически** он характеризуется алкогольной адаптивной гепатомегалией, увеличением числа двуядерных гепатоцитов, гипертрофией гладкого эндоплазматического ретикулума печени; в мозге отмечается укрепление ядрышка нейронов, смещение его к периферии ядра, утолщение ядерной оболочки, пролиферация глии; 5) **гистохимически** синдром характеризуется повышением активности щелочной фосфатазы в нервной ткани и гепатоцитах.

Таким образом, особенности алкоголизации у девочек во многом предопределяют известную злокачественность и прогредиентность женского алкоголизма. Выделенные два синдрома являются характерными как для ранних форм алкоголизма у девочек-подростков, так и у мальчиков.

УДК 616.89—008.441.13—616.895.4

К ВОПРОСУ О ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОМ СОСТОЯНИИ В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

В. М. СОЛОВЬЕВА, С. В. ЛОНГИНОВА
(Иркутск, Москва)

Тревога, подавленное настроение, патологическое влечение к алкоголю — наиболее яркие психопатологические проявления алкогольного абстинентного синдрома. Их описанию посвящено много работ (С. Г. Жислин, И. В. Бокий, И. П. Лапин, И. В. Стрельчук, В. Б. Альтшулер, Ю. В. Валентик, Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин и др.). Однако до настоящего времени вопрос о сущности и природе этих нарушений, наблюдающихся в похмелье, остается неясным. Предполагается, что проблему невозможно решить только путем клинических наблюдений. Необходимым представляется проведение комплексных патогенетических, патофизиологических и психологических исследований.

С целью изучения особенностей динамики тревожно-депрессивного состояния и влечения к алкоголю в структуре развернутого алкогольного абстинентного синдрома подвергнуто экспериментально-психологическому исследованию 36 мужчин в возрасте от 27 до 50 лет, страдающих хроническим алкоголизмом II стадии. Соматоневрологическая патология отсутствовала, давность заболевания — от 5 до 25 лет. Длительность запоя, предшествовавшего поступлению в стационар, колебалась от 5 до 60 дней. Снижения толерантности к алкоголю ни у одного больного не отмечалось. Все больные поступали в состоянии выраженного похмелья, структура которого определялась характерным комплексом неврологических и соматовегетативных нарушений, клинически очерченными тревожно-депрессивными проявлениями. Тяжесть алкогольного абстинентного синдрома оценивалась по методике А. Г. Гофмана и И. В. Графовой, она колебалась от 30 до 77 баллов (средняя и тяжелая степени).

Экспериментально-психологическое обследование для выявления динамики нарушений проводилось трижды: 1-й раз — на высоте похмелья (1—2 день стационирования); 2-й раз — в тот же день, спустя 20—30 минут после приема небольших

при этом выявляется двойное действие TRH: как через передний гипофиз, так и непосредственно на мозг. Для выяснения механизмов действия TRH при ААС необходимо дальнейшее изучение этого нейропептида в клинике.

УДК 616.89—008.441.13—613.956

МИКРОСОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЕМ ПОДРОСТКАМИ

Г. М. ЭНТИН, П. Н. ЛАВРЕНОВА
(Москва)

С целью выявления роли микросоциально-педагогической запущенности (В. В. Ковалев 1981—1983 гг.) в раннем начале злоупотребления алкоголем и формирования хронического алкоголизма в подростковом возрасте изучены 85 подростков мужского пола, находившихся на стационарном лечении, которым был установлен диагноз «хронический алкоголизм».

Возраст следующий: от 14 до 15 лет — 5 человек, от 15 до 16 лет — 12 человек, от 16 до 17 лет — 49 человек, от 17 до 18 лет — 18 человек.

Возраст знакомства с алкоголем: до 10 лет — 5 человек, от 10 до 12 лет — 19 человек, от 12 до 14 лет — 20 человек, от 14 до 15 лет — 21 человек.

Возраст начала систематического употребления алкоголя: до 15 лет — 6 человек, от 15 до 16 лет — 12 человек, от 16 до 17 лет — 67 человек. Установлено, что 54 (63,5%) подростка воспитывались в неполных и распавшихся семьях: одной матерью воспитывалось 28 (32,9%) подростков, из числа которых у 10 (11,8%) — матери-одиночки. У 44 (51,68%) родители разошлись, в большинстве случаев из-за пьянства отца, когда сыну не было еще 7 лет. Отцы жили в отрыве от семьи. Матери четырех подростков вступили во второй брак, и дети с 6—10 лет жили вместе с отчимами. У 6 подростков матери умерли, и они воспитывались в семье отцов, два из них — с мачехой, 11 воспитывались у бабушки и дедушки или других родственников. У 53 человек (62,4%) отцы злоупотребляли алкоголем, в ряде случаев отцы начали злоупотреблять еще до рождения детей, а ко времени обследования подростков страдали хроническим алкоголизмом. Матери злоупотребляли алкоголем у 13 (15,3%) обследованных. Ко времени обследования подростков отец и мать являлись алкоголиками у 11 (12,9%) подростков. Другие члены семьи (деды, бабушки, братья, сестры) злоупотребляли алкоголем еще у 8 (9,4%) подростков. Злоупотребление алкоголем родителей и других родственников создавало в семье конфликтные и напряженные ситуации, приводило к постоянным ссорам, скандалам. Даже в 23 из 31 (36,5%) полной семьи, в которой воспитывались подростки, имели место конфликтные ситуации из-за пьянства отца. Из 85 семей лишь в 8 (9,4%) можно исключить внутрисемейные факторы микросоциально-педагогической запущенности, способствующие приобщению подростков к алкоголю.

Таким образом, в формировании алкогольных традиций и обычаев, в приобщении детей и подростков к алкоголю решающее значение имеет влияние семьи. В семье осуществляется первичное приобщение детей и подростков к алкоголю, в обществе друзей и сверстников — вторичное. Для формирования алкоголизма в подростковом возрасте очень существенно влияние микросреды, где распространены алкогольные традиции. Сближение с пьющей компанией способствует быстрому приобщению к алкоголю, поскольку для подросткового возраста характерны реакции группирования со сверстниками, имитация форм потребления алкоголя, усвоение принятой частоты его потребления и дозировки.

Все эти механизмы отчетливо прослеживались и в наблюдавшейся группе больных. Практически во всех случаях наряду с дефектами семейного воспитания имело место отрицательное влияние внесемейного окружения, которому со стороны семьи не сказывалось противодействия. Оба эти фактора, определяющие микросоциально-педагогическую запущенность, действовали последовательно или, еще чаще, одновременно. Первичное приобщение и начало злоупотребления алкоголем в семье установлено в 18 (21,2%) случаях, причем 7 подростков систематически употребляли всегда имевшееся в доме спиртное тайно от родителей, 11 (12,9%) были приобщены к пьянству родителями (получали спиртное из их рук). В дальнейшем эти подростки стали членами компаний сверстников, злоупотребляющих алкоголем. Остальные 67 (78,8%) приобщились к злоупотреблению алкоголем вне семьи, из них некоторые начали злоупотреблять алкоголем в референтных групах сверстников, вовлекавших в пьянство

товарищей. Остальные занимали в группах более пассивную позицию, 28 (32,0%) подростков приобщались к злоупотреблению алкоголем в группе старших по возрасту. Однако со временем, когда старшие призывались в армию или выбывали по другим причинам, они сами начинали занимать лидирующее положение и вовлекали в группы злоупотребляющих алкоголем подростков-сверстников и даже младших по возрасту детей.

Для всех обследованных подростков были характерны те или иные формы нарушения поведения. Естественно, сам факт потребления спиртных напитков в подростковом возрасте уже является формой нарушенного поведения. Для подростков, злоупотребляющих алкоголем, наиболее характерными были реакции имитации, группирования, протеста, реже — компенсации. Реакция имитации, т. е. подражание поведению окружающих лиц, которые обладают определенным авторитетом в глазах подростка, являются, по данным В. В. Ковалева, одним из основных механизмов формирования асоциального поведения и пьянства. Усвоение принятых форм поведения характерно и для взрослых больных. Так, по данным Ю. П. Лисицина и Н. Я. Копыта (1983 г.), более 80% опрошенных ими больных алкоголизмом приобщались к алкоголю в компании друзей.

Для референтных групп, в которые входят пьющие подростки, характерно «ядро», состоящее из наиболее активных подростков, отличающихся и выраженным влечением к алкоголю.

Реакция протеста (оппозиция), связанная с обидами, ущемленным самолюбием, недовольством отношений со стороны взрослых в семье и в школе, также в ряде случаев являлась как бы «пусковым фактором» приобщения подростков к алкоголю. Преобладали реакции пассивного протеста, описанные В. В. Ковалевым (1983 г.), — уходы из дома, из школы как ответ на требования родителей, учителей. Эти уходы превращались в обычную форму поведения подростков в возрасте 12—14 лет (5—7 классы), способствовали приобщению к праздношатающейся пьющей компании сверстников или старших подростков и раннему вовлечению в пьянство.

Реакция компенсации играла меньшую роль в приобщении к алкоголю. Однако в ряде случаев подростки, отличавшиеся застенчивостью, неуверенностью в себе, подвергавшиеся насмешкам и даже издевательствам со стороны сверстников, употребляли опьяняющие дозы алкоголя, чтобы доказать свое «мужество», «уменье пить», «сравняться» в этом отношении с другими.

При анализе отклоняющихся форм поведения (В. В. Ковалев, 1983 г.; А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова, 1974 г.) установлено, что антидисциплинарные поступки наблюдались еще до начала систематического употребления спиртных напитков: в возрасте 11 лет — у 7; в 12—13 лет — у 57; в 14—15 лет — у 21. Антисоциальные (антиобщественные) поступки также отмечались у всех обследованных подростков, у 35 из их в возрасте 12—14 лет, еще до начала алкоголизации; у 50 — уже на фоне злоупотребления спиртными напитками, причем у 27 — в 15 лет, у 18 — в 16 лет и у 5 — в 17 лет.

В то же время делинквентные формы поведения до начала злоупотребления алкоголем встречались лишь у одного подростка (в 13 лет), зато после начала злоупотребления алкоголем у 31 из 85 подростков отмечались делинквентные формы поведения, в том числе в 15 лет — у 3, в 16 лет — у 12 и в 17 лет — у 16.

Таким образом, микросоциально-педагогическая запущенность является важным фактором, способствующим приобщению к потреблению спиртных напитков и формированию алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. Она способствует также возникновению у подростков наиболее выраженных делинквентных форм поведения.

ления должна включать и медицинские мероприятия. Это обстоятельство заставляет рассматривать наркологическую сеть не как панацею от пьянства, а как одно из звеньев, участвующих в комплексной системе противоалкогольных мероприятий.

В области организованы наркологические кабинеты или пункты, позволяющие приблизить медицинскую наркологическую помощь к нуждающимся и максимально упростить контроль за лечением и диспансеризацией.

Существующими положениями о комиссиях по борьбе с пьянством в масштабе района, предприятия или цеха предусмотрено взаимодействие с медиками-наркологами. Оно предполагает организацию постоянного потока больных к наркологам за счет создания на предприятиях и в общежитиях обстановки нетерпимости к пьянству. К сожалению, на ряде производств этого не происходит, поэтому количество лечащихся невелико, само лечение больных алкоголизмом недостаточно эффективно. Из-за наличия у большинства больных алкогольной анозогнозии лечение часто прерывается, несмотря на усилия врачей.

С другой стороны, есть признаки усвоения частью населения и больными алкоголизмом неправильного отношения к противоалкогольному лечению: «Если наркологи вылечить не смогли, значит я неизлечимый, бесполезно обращаться к врачу» и т. п. Подобная постановка вопроса, во-первых, «узаконивает» пьянство в глазах окружающих, во-вторых, демобилизует внутренние ресурсы личности. Поэтому в районе должна существовать жесткая система контроля, распространяющаяся на каждого конкретного пьяницу и опирающаяся на работу районной комиссии по борьбе с пьянством. Естественно, этот контроль осуществляется при участии наркологов.

Цеховая комиссия должна обеспечивать явку больного алкоголизмом или пьяницы, систематического нарушителя трудовой и общественной дисциплины, к врачу-наркологу. Обязанность цеховой комиссии — контроль за прохождением больными курса противоалкогольного лечения и профилактическими посещениями наркологического кабинета. При таком положении дел медицинские работники имеют возможность значительно расширить объем наркологической помощи, повысить ее эффективность, так как будут заниматься непосредственно лечением, а не только организацией лечения, что нередко встречается в настоящее время.

Центральная комиссия на предприятии, контролируя работу цеховых комиссий и их взаимодействие с наркологами, при необходимости должна принимать меры для поощрения или наказания председателей комиссии в цехах, решать с участием участковых врачей-наркологов проблемы, возникающие в работе заводских фельдшеров.

Наконец, районная комиссия должна осуществлять контроль за работой заводских комиссий, районного врача-нарколога, РОВД, используя в борьбе с пьянством помощь партийных организаций, административных, правовых органов.

Вышеуказанные мероприятия, направленные на внедрение более эффективных организационно-медицинских мер в борьбе с пьянством и алкоголизмом, разработанные медицинскими работниками областного наркологического диспансера, легли в основу решения Ульяновского горисполкома, принятого в августе 1985 г. Этим решением предусмотрено создание системы взаимодействия правоохранительных органов, разных служб и ведомств по выявлению и преодолению пьянства и алкоголизма.

К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ АЛКОГОЛИЗМА КАК СИСТЕМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

А. К. СУВОРОВ
(Москва)

Алкоголизм как системное заболевание с прогредиентным течением наряду с характерными психическими расстройствами сопровождается разнообразными нарушениями функций и способствует развитию хронических соматических страданий. Он часто сочетается с туберкулезом, влияет на эпидемиологию венерических заболеваний, что значительно увеличивает общую заболеваемость и смертность, сокращает, по данным ряда исследователей, среднюю продолжительность жизни примерно на 20 лет. По данным ВОЗ (1982 г.), алкоголизм и связанные с ним заболевания, являющиеся причиной смерти, уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Отечественными исследователями (В. Б. Миневич, В. И. Волков, 1979) отмечен прогрессивный рост смертности, связанной с употреблением алкоголя. В группе лиц 16—55 лет смертность от алкоголизма занимает второе место после сердечно-сосудистых заболева-

ний, причем темпы ее роста выше, чем при злокачественных новообразованиях. Все это указывает на актуальность изучения проблемы алкоголизма, имеющей общемедицинский характер. Можно с определенностью утверждать, что алкоголизм является одной из причин преждевременной старости и смерти. Тем не менее, несмотря на значительное увеличение в последние годы числа публикаций психиатров и врачей других специальностей, посвященных соматическим последствиям алкоголизма, последние не рассматриваются как проявления системного заболевания. Чаще всего освещаются отдельные вопросы влияния алкоголя на развитие тех или иных заболеваний, выделяются их специфические «алкогольные» признаки. В то же время большинство неспецифических соматических расстройств, связанных в своем развитии с употреблением алкоголя, изучаются вне достаточных причинно-следственных взаимоотношений. Это сужает рамки «алкогольных» соматических заболеваний и нередко, лишь ретроспективно, чаще в патологоанатомических исследованиях, а также при изучении причин и структуры смертности (Л. Д. Мирошниченко, Н. А. Творогова, 1982), наглядно выступает сущность алкоголизма как системного заболевания.

Клиническая динамика алкоголизма с различными темпами прогредиентности показывает, что при злоупотреблении алкоголем развиваются различной степени выраженности, разнообразные по характеру и сложные по структуре заболевания функционального характера — нарушения дыхательной, желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой, нервной и мочеполовой систем. В подавляющем большинстве случаев эти расстройства входят в структуру алкогольного абстинентного синдрома, который недостаточно учитывается врачами-соматологами. В результате этого нередко выставляются маскирующие алкогольную абстиненцию диагнозы — вегето-сосудистая дистония, нейроциркуляторная дистония, астенические состояния. Широкая распространенность указанных заболеваний, влекущих за собой временную утрату трудоспособности, требует дифференцированного подхода в целях отграничения их от похмельных явлений, протекающих со сходной симптоматикой. Эти факты диктуют необходимость углубленного клинического изучения подобных явлений и прицельных клинико-эпидемиологических исследований, которые смогут оказаться достаточно информативными при определении расстройств, являющихся следствием алкогольного абстинентного синдрома. В связи с обилием функциональных расстройств внутренних органов при алкогольной болезни возникают возможности и для изучения причин и динамики становления сопутствующих хронических заболеваний неинфекционного и инфекционного генеза: ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, гепатитов, циррозов, нефропатий, специфических «алкогольных» поражений нервной системы, а также хронических пневмоний, туберкулеза, венерических заболеваний, бытового и производственного травматизма.

Исходя из сказанного, актуальной задачей клинико-эпидемиологических исследований алкоголизма является комплексное изучение его распространенности как системного страдания с учетом всего спектра сопутствующих функциональных и хронических нарушений. Выявление корреляций между психопатологической структурой заболевания на разных стадиях его развития и сопутствующими функциональными нарушениями, соматическими расстройствами позволит более полно ответить на вопросы, касающиеся степени его прогредиентности и прогноза. В свою очередь, это определит выбор наиболее адекватного лечения, конкретных профилактических рекомендаций, принципов реабилитации больных.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЯКУТСКОЙ АССР

Р. С. ТАЗЛОВА, Г. А. ГУСЕВ, П. А. КАТЫШЕВЦЕВА
(Якутск)

В настоящее время в стране действует приближенная к населению наркологическая служба, располагающая лечебно-профилактическими учреждениями и обладающая возможностями использовать разнообразные формы общественного воздействия.

В Якутской АССР создана самостоятельная наркологическая служба, организационно-методическим центром которой является Якутский республиканский наркологический диспансер. На территории республики действует 35 наркологических кабинетов, 28 фельдшерских наркологических пунктов при

санных 30% находились в стадии формирования алкогольной болезни, 30% страдали хроническим алкоголизмом I стадии и 40% — хроническим алкоголизмом II стадии.

Проведено катамнестическое обследование лечившихся и выбывших по месту жительства.

На 200 запросов к настоящему времени получено 88 ответов. Известно, что 32 человека прекратили пьянство, 14 продолжают злоупотреблять алкоголем, 42 сменили место жительства.

Таким образом, ремиссия свыше трех лет по меньшей мере отмечена у 36,3%, о которых получены сведения.

Проводимые мероприятия по борьбе с пьянством и алкоголизмом привели и к ежегодному снижению показателей нарушений общественного порядка, трудовой дисциплины, правил внутреннего распорядка.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

И. Г. УРАКОВ, М. С. ПОПОВА
(Москва)

Социально-психологическое обследование и клиническое изучение подростков, нуждающихся в медико-коррекционных мерах, выявили, что различные формы девиантного поведения в этом возрасте обусловлены результатом взаимодействия различных факторов. Начальные проявления девиантного поведения у подростков характеризуются конфликтами в процессе обучения и в семейно-бытовых взаимоотношениях. Нередко, являясь предпосылкой для формирования различной психической патологии или ее манифестными проявлениями, девиантное поведение может приводить к противоправным нарушениям. Сравнительный анализ социально-психологических и микросоциальных характеристик учащихся и их отношения к спиртным напиткам и знакомству с ними позволил констатировать, что факторами, облегчающими формирование различных форм злоупотребления спиртными напитками, являются отсутствие ву кладе жизни семьи негативного отношения к алкоголю и твердых установок, препятствующих алкоголизации, с одной стороны, и уровень принятых норм и

мотивов потребления алкоголя в неформальных микрогруппах — с другой.

Эпидемиологическое исследование, проведенное на различных территориях, и анализ полученных данных позволяют заключить, что высокий риск приобщения к спиртным напиткам, распространенность тех или иных форм злоупотребления ими можно рассматривать как один из вариантов девиантного поведения подростков в широком плане, в начало злоупотребления спиртными напитками в подростковом возрасте — как проявление нарушений или извращения характера общей адаптации подростка к окружающему.

Начало формирования признаков девиантного поведения подростка чаще всего относится к моменту утраты взаимного понимания в семье, замены его формальными отношениями, нередко с преобладанием гиперопеки либо жесткой авторитарности со стороны родителей. Длительное проживание подростка в таких условиях приводит к развитию негативных проявлений характера и выработке «защитных» примитивных эгоцентрических потребностей, обусловливая последующую их морально-этическую несостоятельность. Последнее способствует и усугубляет явления социальной и психической дезадаптации подростков, что существенно облегчает приемлемость стиля поведения и времяпрепровождения «уличных» компаний с принятым в них обычно употреблением алкоголя. Таким образом, происходит постепенное изменение ценностной ориентации и усвоение отрицательных групповых норм «уличных» компаний как способа самоутверждения и эмансипации.

Исходя из того, что изначальное приобщение к алкоголю, чаще всего являющееся следствием искаженных условий воспитания и развития личности, в дальнейшем приводит к формированию характерологических изменений, а употребление спиртных напитков в этом возрасте создает предпосылки для извращенного психофизиологического развития, первичая профилактика алкоголизма у подростков должна носить комплексный, межведомственный характер.

Обеспечение педагогических и воспитательных мероприятий, направленных на коррекцию поведения подростка в семье, оздоровление окружения по месту учебы или учебно-производственной деятельности, воспитание у него адекватных нравственно-этических целевых установок, активное включение в жизнь школы и трудового коллектива, требует

новых организационных форм работы с подростками, обнаруживающими девиантное поведение.

Решение этих задач может быть обеспечено координированными действиями работников детских комнат милиции, педагогов, школьных врачей, подростковых психиатров-наркологов в рамках единой формы работы.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОБЩЕСТВЕННЫХ НАРКОПОСТОВ И ФЕЛЬДШЕРСКИХ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПУНКТОВ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Р. А. ХАЛЬФИН, Н. В. ВОСТРОКНУТОВ
(Свердловск)

Опыт развития самостоятельной наркологической службы в Свердловской области показывает, что в промышленной наркологии уровень выявляемости и эффективности лечения больных алкоголизмом во многом зависит от правильного взаимодействия фельдшерских наркологических пунктов и общественных наркопостов на предприятиях. Это связано с тем, что на многих средних предприятиях в городских и сельских районах объем лечебно-профилактической работы врача-нарколога в связи с недостаточным количеством выявленных больных ограничен; он еще ниже, если работает в наркологическом кабинете на предприятии врач-совместитель. Сравнительный анализ эффективности работы по ряду показателей свидетельствует о том, что на средних промышленных предприятиях, в строительстве и в сельском хозяйстве оптимальной является организация фельдшерских наркологических пунктов с расширением зоны обслуживания. По Свердловской области развертывание фельдшерских наркологических пунктов с 1983 по 1985 г. характеризовалось их увеличение со 129 до 155 — с опережением темпов роста врачебных наркологических кабинетов на 7%.

Создание фельдшерских наркологических пунктов на промышленных предприятиях само по себе не обеспечивает активного выявления лиц, злоупотребляющих спиртными напитками. Это связано с тем, что многие мелкие и средние предприятия, особенно в сельском хозяйстве, испытывают определенную нужду в рабочей силе.

Администрация таких предприятий не всегда оказывает помощь в выявлении и учете лиц, страдающих алкоголизмом, если у них отсутствуют признаки выраженной социально-трудовой дезадаптации (нарушение дисциплины, систематические прогулы). В связи с этим определенное количество лиц, обнаруживающих начальные клинические проявления алкоголизма, но с латентной социальной дезадаптацией, уклоняется от учета и лечения. Основным организационным мероприятием, благодаря которому улучшилось взаимодействие между наркологической службой и администрацией, хозяйственным активом предприятий, явилась систематическая работа по созданию общественных наркопостов. С 1983 по 1985 г. число общественных наркопостов на промышленных предприятиях выросло с 1142 до 1927, в сельском хозяйстве — с 41 до 128. Эффективный, неформальный характер деятельности общественных наркопостов во многом обусловливается тщательной подготовительной работой наркологов с администрацией и профсоюзным активом. Общественные наркопосты укомплектовываются представителями разных групп работающей молодежи из числа бывших военнослужащих с активными установками на трезвость, а также из числа лиц, страдавших в прошлом алкоголизмом и снятых с учета. Проводится систематическая санитарно-просветительная работа по повышению наркологической информированности членов общественных наркопостов, профсоюзного актива и администрации.

Имеющийся опыт по взаимодействию фельдшерских наркологических пунктов и общественных наркопостов свидетельствует о преимущественном влиянии этой работы на показатели охвата амбулаторным противоалкогольным лечением (1983 г. — 41,7%, 1985 г. — 47,7%), поддерживающим противоалкогольным лечением (1983 г. — 15,5%, 1985 г. — 18,1%), на уменьшение числа больных, уклоняющихся от лечения (1983 г. — 17,3%, 1985 г. — 13,3%). Трехлетний опыт работы по улучшению взаимодействия на уровне низового звена наркологической службы показывает, что организационные формы этой деятельности имеют большую практическую значимость, но нуждаются в дальнейшей научно-практической разработке.

Одной из форм оказания организационно-методической помощи является проведение областных и межрайонных семинаров по обмену опытом работы общественных наркопостов в целях выработки единой тактики.

у 21,2% в I группе и у 17,2% во II группе, от 16 до 20 лет — у 24,2% в I группе и у 23,3% во II группе. Преобладала вторая стадия заболевания — 84,8% (I группа) и 90,0% (II группа). В 48,8% (I группа) и в 50,0% (II группа) у больных наблюдалась постоянная форма злоупотребления спиртными напитками. Запойная форма пьянства почти в два раза чаще отмечалась у больных, перенесших алкогольные психозы, — 33,3% и 18,1% в I группе. Скорость формирования похмельного синдрома до пяти лет имелась у 56,6% больных I группы и у 45% больных II группы, от 6 до 10 лет — у 30,3% больных в обеих группах.

Было выявлено, что семейная отягощенность алкоголизмом у больных II групы встречалась почти в четыре раза чаще, чем у больных с люцидным алкоголизмом. — 36,3% (9,1% в I группе).

Анализ преморбидных личностных особенностей показал, что при психотическом алкоголизме у больных преобладали эпилептоидные — 16,6%, шизоидные — 3,3% и возбудимые — 20% черты характера (соответственно 9,1; 12,1 и 9,1% в I группе), а при непсихотическом алкоголизме преобладали нормостенические — 18,1% (6,6% во II группе) и психастенические — 30,3% (6,6% во II группе) черты характера. Истероидные и эксплозивные черты характера встречались с одинаковой частотой, хотя и не являлись преобладающими: 6,1% — I группа; 6,6% — II группа; 12,1% — I группа, 13,3% — II группа.

Определяя психопатологическую структуру изменений личности, принимали во внимание динамический характер заболевания. С учетом этого у больных обеих групп были выделены следующие типы изменений личности:

I — психопатизация личности с заострением преморбидных характерологических особенностей;

II — изменения личности по алкогольному типу;

III — изменения личности по органическому типу:

а) деградация личности с преобладанием дисмнестических нарушений;

б) деградация личности с преобладанием психопатоподобной симптоматики;

в) деградация личности с преобладанием сосудисто-органических знаков.

При сравнении групп между собой оказалось, что изменения личности по типу психопатизации с заострением преморбидных характерологических особенностей с одинаковой частотой встречались и при люцидном и при психотическом алкоголизме: 48,4% (I группа) и 50% (II группа). Следует отметить, что у пациентов с психастеническими (I группа) и шизоидными чертами характера (II группа) психопатизация с заострением этих черт могла протекать без наслоения специфических «алкогольных» изменений личности, несмотря на длительность заболевания. Изменения личности по алкогольному типу чаще встречались у больных с люцидным алкоголизмом — 24,3% (при психотическом — 14,4%). У больных с непсихотическим алкоголизмом вдвое чаще была отмечена деградация личности с сосудисто-органическими знаками — 12,1% (6,6% во II группе), но у этих пациентов был больший «алкогольный стаж» (15 лет и более). Отмечено, что деградация личности с дисмнестическими нарушениями почти втрое чаще имелась у больных, перенесших алкогольные психозы, — 10% (3,03% в I группе), однако у этих больных также была большая длительность алкоголизма (15 лет и более). В этой же группе у больных чаще встречалась деградация личности с психопатоподобной симптоматикой — 16,6% (6,1% в I группе).

Таким образом, учет психопатологической структуры изменений личности, их особенностей при психотическом и непсихотическом алгоголизме может иметь значение не только для оценки прогноза заболевания, но и для назначения дифференцированной психотропной терапии.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

В. П. КОСОРЫЖНИКОВ
(Петропавловск-Камчатский)

Изучались все случаи смерти больных алкоголизмом в г. Петропавловск-Камчатский в 1981—1985 гг., состоявших на учете в Камчатском областном наркологическом диспансере, — по поводу алкоголизма. Умершие составили 1,2% от всех учтенных больных, из них мужчин было 71,7%, женщин — 28,3% (соотношение 2,5 : 1).

Смерть в возрасте до 20 лет наступила у 0,4% больных, от 20 до 29 лет — у 5,5%, от 30 до 39 лет — у 21%, от 40 до 49 лет — у 32%, от 50 до 59 лет — у 34,9%, после 60 лет — у 6,2%. Как видно, 58,9% больных умерли в наиболее трудоспособном возрасте.

Наиболее частой причиной смерти явились заболевания сердечно-сосудистой системы (31,2%). Данная патология включала, как правило, сердечную недостаточность вследствие инфарктов миокарда, алкогольной кардиопатии и нарушения мозгового кровообращения.

Смертность от травм и несчастных случаев установлена у 19,8% умерших, на третьем месте стоит смертность от острого алкогольного отравления — 14%. В результате заболеваний органов дыхания умерло 9,6% больных, желудочно-кишечного тракта — 8,5%, вследствие суицидов — 8,5%.

Полученные данные свидетельствуют, что в возрасте до 40 лет больные чаще погибали от травм и несчастных случаев (24,1—46,7%), острого алкогольного отравления (6,7—17,5%) и суицидов (13,3—17,5%), а после 50 лет — от сердечно-сосудистых (42,1—47,1%) и других соматических заболеваний (29,4—32,7%). Женщины реже, чем мужчины, умирали от заболеваний органов дыхания (соответственно 3,9 и 11,8%), а суициды несколько чаще совершали мужчины (9,2 и 6,5%).

Отмеченные закономерности влияния ряда факторов на структуру смертности больных алкоголизмом использованы в некоторых организационных мероприятиях. Так, в 1981 г. наиболее частой причиной смерти женщин являлось острое алкогольное отравление (28,6%). Был организован специализированный женский наркологический кабинет и выделены 60 коек для стационарного лечения женщин. В результате уровень смертности в 1985 г. от острого алкогольного отравления среди женщин сократился до 19,4%, суициды не наблюдались вообще.

В 1983 г. смертность от травм и несчастных случаев разделила 1—2 место со смертностью от заболеваний сердечно-сосудистой системы (по 23,3%). Приняты меры по беспрепятственной госпитализации больных с так называемой алкогольной интоксикацией, запойными состояниями и лиц, поступивших в медицинский вытрезвитель и высказавших желание лечиться. Это позволило по области сократить количество травм в алкогольном опьянении, уровень смертности от травм, несчастных случаев и отравлений — населения, в том числе количество умерших от отравления алкоголем — в 1,7 раза. На 56% снизилось количество отравлений алкогольными суррогатами.

Совместно с УВД облисполкома проведена работа по усилению ответственности за появление в алкогольном опьянении на улицах и дорогах, выявлению мест скопления лиц, злоупотребляющих алкоголем, и применению к ним мер административного и медицинского воздействия.

Таким образом, проведение ежегодного анализа причин смерти больных алкоголизмом вскрывает негативные стороны последствий злоупотребления спиртным, а также деятельности наркологической службы, помогает оперативно проводить мероприятия по снижению некоторых последствий алкоголизма.

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В СТАЦИОНАРАХ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Л. Н. ЛЕЖЕПЕКОВА, В. А. КАБАНОВ, Е. А. ТИМОФЕЕВА
(Ленинград)

Коллективная психотерапия в системе проводимых на промышленных предприятиях антиалкогольных мероприятий имеет существенное значение.

Сказанным отнюдь не отрицается и не умаляется роль индивидуальной психотерапии и психотерапии в малых группах, осуществляемой в кабинетах наркологов-психиатров медико-санитарных частей. Коллективная психотерапия на промышленных предприятиях имеет свою специфику. Она прежде всего тесно соприкасается с санитарным просвещением, но не тождественна ему. Санитарное просвещение, несмотря на присущую ему при правильной постановке дела боевитость, имеет в основном познавательный характер, хотя и не исключает при этом элементы суггестивного воздействия. Коллективная психотерапия, как известно, имеет своей задачей при помощи прямых суггестивных методов или путем рационального убеждения способствовать перевоспитанию личности, перестройке ее в сторону выработки позитивных установок, сообщая вместе с тем слушателям сведения и познавательного характера. Содержание коллективной терапии, ее сеансов не должно строиться в отрыве от анализа значения социальных факторов, различного рода негативных явлений, способствующих алкоголизации населения. Особо следует подчеркнуть роль алкоголизации как одного из существен-